

*Enke
Sozial
wissenschaften*

Bluma Lewinsky-Aurbach

Suizidale Jugendliche

Grenzen und Möglichkeiten
psychologischen Verstehens

1980

Enke



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Suizidale Jugendliche

Suizidale Jugendliche
Grenzen und Möglichkeiten psychologischen Verstehens

Abhandlung
zur Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultät I
der
Universität Zürich

vorgelegt von
Bluma Lewinsky-Aurbach
von Zürich

Angenommen auf Antrag von Herrn Prof. Dr. G. Schmidtchen

Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1980

Bluma Lewinsky-Aurbach

Suizidale Jugendliche

Grenzen und Möglichkeiten
psychologischen Verstehens

Ferdinand Enke Verlag Stuttgart 1980

Dr. phil. Bluma Lewinsky-Aurbach
Lindenbachstraße 28
CH-8006 Zürich

CIP-Kurztitelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Lewinsky-Aurbach, Bluma:

Suizidale Jugendliche: Grenzen u. Möglichkeiten
psycholog. Verstehens / Bluma Lewinsky-Aurbach.

— Stuttgart: Enke, 1980.

ISBN 3-432-91361-3



Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

© 1980 Ferdinand Enke Verlag, POB 1304, 7000 Stuttgart 1, Printed in Germany

Druck: Johannes Illig, Buch- und Offsetdruckerei, Göppingen

Danksagung

Mein Dank gilt allen, die zum Zustandekommen dieser Arbeit beigetragen haben.

Prof. Dr. *Edgar Heim*, den Mitarbeitern und Patienten der Klinik „Schlössli“, Oetwil am See, verdanke ich die Anregung zu dieser Arbeit.

Dr. *Ilka von Zeppelin* und Prof. Dr. *Ulrich Moser* haben mich in die Psychologie und speziell in die Psychodiagnostik eingeführt und mir den Einstieg in die klinische Praxis ermöglicht. Prof. Dr. *Ulrich Moser* hat später wichtige Teile dieser Arbeit betreut und im Rahmen meiner Lizentiatsarbeit über „Grenzen und Möglichkeiten der Individualdiagnostik im nach-suizidalen Zustand“ sorgsam korrigiert.

Veronika Schnewlin und *Wulf M. Listenow* haben mir am Graphologischen Seminar Zürich neben der Graphologie auch die Freude am Erkennen des ganzen Menschen vermittelt.

Giovanni Blumer hat mich in Gesprächen am Anfang der Niederschrift ermutigt und zur sprachlichen Gestaltung der Arbeit beigetragen.

Dem wohlwollenden Interesse von Prof. Dr. *Gerhard Schmidtchen* ist es zuzuschreiben, daß die Arbeit bis zur jetzigen Form weiterverfolgt werden konnte.

Madeleine Dreyfus hat mir freundschaftlich geholfen, das Material für die Dissertationsfassung zu sichten. *Sybille Elam* ist das Sachregister zu verdanken.

Ohne Dr. *Robert Lewinsky*, meinem Mann und Kollegen, wäre diese Arbeit schlecht denkbar. Mit ihm zusammen habe ich in der Klinik meinen diagnostischen Stil entwickeln können. Ihm verdanke ich einen Teil des Testmaterials. Seine kritischen Hinweise waren Herausforderung und Hilfe.

Zürich, Frühjahr 1980

Bluma Lewinsky

Inhalt

Danksagung	V
Einleitung	1
Literatur	4
Terminologie	5
Statistische Daten zur Suizidalität	6
Literatur	11
1. Theoretischer Zugang: Die Grenzen einer psychologischen Betrachtung der Suizidalität	12
Der Zusammenhang zwischen psychologischer und gesellschaftlicher Betrachtung des Selbstmordproblems	12
Der soziologische Ansatz	12
Der psychologische Ansatz	15
Literatur	17
Die Grenzen der Untersuchung im nachsuizidalen Zustand	18
Vergleich der Populationen mit Suizidversuchen und gelungenen Suiziden	20
Veränderungen reversibler und irreversibler Art, die dem Suizidversuch folgen	21
Der Typus des „heilsamen“ Suizidversuchs	22
Der Typus des „frustrierenden“ Suizidversuchs	23
Literatur	24
Die Grenzen bei der Entwicklung spezifischer Tests zur Erfassung der Suizidalität	25
Probleme der Testkonstruktion	26
Probleme der Validierung	27
Literatur	32
2. Überblick über die empirischen Untersuchungen mit Testverfahren zur Erfassung der Suizidalität	33
Intelligenz- und Leistungstests	33
Literatur	41
Persönlichkeitsfragebogen, Persönlichkeitsinventare	42
Literatur	48

Projektive Testverfahren	49
Der Rorschachtest	49
<i>Literatur</i>	61
TAT, ORT	62
<i>Literatur</i>	63
Inhaltsanalyse von Abschiedsbriefen	64
<i>Literatur</i>	71
Graphologie, Schriftpsychologie	71
<i>Literatur</i>	75
Schlußfolgerungen aus den Kenntnissen der empirischen Erfahrungen mit Standardtests bei der Frage nach Suizidalität	75
3. Praktischer Zugang: Die Möglichkeiten der Individualdiagnostik im nachsuizidalen Zustand	77
Erfahrungen mit Fällen „chronisch“ suizidaler Jugendlicher	77
Das testologische Vorgehen	78
Die Krankheitsgeschichten	80
Beobachtungen zum Testgeschehen	80
Beobachtungen beim Testauswerten	83
Intelligenz- und Leistungsbeurteilung	85
Selbstsabotage	86
Selbstüberforderung	86
Uneinheitliche Leistungen	87
Der MMPI	89
Die Fälle mit Simulationstendenz	89
Die Fälle mit Dissimulationstendenz	90
Die Fälle im Bereich der Norm	91
Der Rorschachtest	92
Die Aufsätze	100
Die Handschriften	104
Perspektiven aus den Erfahrungen mit Tests „chronisch“ suizidaler Jugendlicher	108
<i>Literatur</i>	112
4. Therapien mit suizidalen Jugendlichen	113
Die Indikationsstunden	114
Die Darstellung der Selbstmordphantasien	123
Zwischen Annäherung und Rückzug. Durcharbeiten der Ambivalenz in der therapeutischen Beziehung	129
Magische Daten	134

Negative Folgen des Fortschritts in der Therapie	136
Das Ende der Therapie	137
<i>Literatur</i>	140
5. Soziale Fragen aus der Konfrontation mit suizidalen Jugendlichen	142
Die Schulsituation	142
Jugendarbeitslosigkeit	147
Voreheliches Sexualverhalten	149
Aggressionsproblematik	153
<i>Literatur</i>	154
Sachregister	155

Einleitung

Diese Arbeit setzt sich zum Ziel, die psychologischen Möglichkeiten auszuloten und zu hinterfragen, mit denen Selbstmordverhalten von jungen Menschen erfaßt und erklärt wird.

Den Anstoß zu dieser Arbeit erhielt ich in den Jahren 1970–1973 durch die Aufträge, junge suizidale Patienten in einer psychiatrischen Klinik zu testen und sie mit der Frage nach einem möglichen Behandlungskonzept zu beurteilen.

Testpsychologische Untersuchungen bildeten einen Teil meiner Arbeit als klinische Psychologin in der psychiatrischen Klinik „Schlössli“, einer Privatklinik mit etwa 400 Betten, in der ein breites Spektrum von psychiatrischen Patienten intern und ambulant betreut wird. Neben den zahlenden Privatpatienten versorgt die Klinik auch die Allgemeinpatienten der umliegenden Region. Die Klinik wird im Sinn einer therapeutischen Gemeinschaft geführt (3).

Wenn ein Patient mit psychiatrisch-klinischen Methoden schwer einschätzbar ist, wenn eine Therapie besondere Schwierigkeiten bietet, wenn also der behandelnde Kollege sich unsicher fühlt, so kann er den Testpsychologen durchaus selbstverständlich beiziehen.

Als eines der immer wieder kritischen Probleme in der Klinik erweist sich das Verhalten gegenüber suizidalen Jugendlichen. Wie läßt sich der Anspruch, die Jugendlichen vor ihrem selbstzerstörerischen Handeln zu schützen, vereinbaren mit der Aufgabe, ihnen zu Selbständigkeit und Ablösung von den erwachsenen Autoritäten zu verhelfen?

Diese und ähnliche Fragen mit den Mitteln meines testpsychologischen Instrumentariums zu beantworten, erschien mir immer schwieriger, und ich versuchte durch das Sammeln der Fälle und durch Studium der Literatur, Genaueres über die psychodiagnostischen Grenzen und Möglichkeiten beim Erkennen und Verstehen suizidaler Verhaltensweisen herauszufinden.

Anfangs erwies es sich als besonders schwierig, Vergleichswissen aus der Literatur heranzuziehen. Beiträge zu testdiagnostischen Untersuchungen mit Suizidalen waren nur vereinzelt in Zeitschriften und Sammelbänden aufzufinden. Die Literatur zum Selbstmordproblem ließ sich andererseits wegen ihres gewaltigen Umfangs kaum überblicken.

Diese Situation hat sich inzwischen geändert. 1974 erschien ein Sammelband von *Neuringer* „Psychological Assessment of Suicidal Risk“ (7) zu diesem Thema. Die Klassiker der Selbstmordforschung, die Werke des Soziologen *Durkheim* „Le suicide“ (2) und des Psychoanalytikers *Menninger* „Man against himself“ (6), wurden ins Deutsche übersetzt.

Das Interesse für das Phänomen Suizid ist größer geworden, der Überblick in der Literatur klarer. Die Selbstmordforschung hat sich als Suizidologie etabliert.

Dies dürfte damit zusammenhängen, daß inzwischen nicht mehr nur die Kliniken mehr Suizidfälle als je zuvor zu verzeichnen haben (3), sondern daß die Öffentlichkeit mit der Zunahme der Selbstmorde junger Menschen konfrontiert ist.

Vier Jugendliche unter 25 Jahren halten in der Bundesrepublik jeden Tag das Leben nicht mehr aus, fast jeden Tag bringt sich ein Jugendlicher in der Schweiz und einer in Österreich um. Diese Tatsachen werden als große Herausforderung empfunden, machen betroffen.

Das Ansteigen der Selbstmordzahlen und das Erleben der Rezession gehen parallel. Die sozialen Faktoren, die die Suizidalität beeinflussen, sind nicht mehr nur akademisches Zahlenspiel, sondern hautnah spürbar, Schulnot, Jugendarbeitslosigkeit, die Chancenungleichheit der Frauen und Mädchen sind brennende Themen.

Meine eigene Beschäftigung mit dem Thema Suizid beschränkt sich seither nicht mehr aufs Testen. 1974 eröffnete ich meine Praxis in Zürich und bin unweigerlich therapeutisch mit suizidalen Jugendlichen in Kontakt.

Am 7.6.1977 erscheint in der Zeitung „Züri Leu“ ein Leitartikel zum Thema Selbstmordproblem in der Stadt Zürich. Dort wird die Tatsache aufgegriffen, daß Zürich eine der höchsten Selbstmordziffern in der Welt hat, mit einer Selbstmordrate von 31 auf 100 000 Einwohner, während die durchschnittliche Selbstmordrate weltweit mit etwa 10 per 100 000 angesetzt wird. Geht man davon aus, daß 116 Menschen sich 1976 in Zürich das Leben genommen haben, so ist zu schätzen, daß im gleichen Zeitraum rund 1000 Menschen versucht haben, sich das Leben zu nehmen.

Nimmt man schätzungsweise eine Zahl von etwa 300 praktizierenden ärztlichen und nichtärztlichen Psychotherapeuten in Zürich an und rechnet damit, daß alle Suizidalen irgend einmal psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen würden, so müßte jeder Therapeut 4 suizidale Patienten in einem Jahr behandeln. Alle zweieinhalb Jahre würde ein Therapeut mit einem Selbstmordfall in seiner Praxis konfrontiert. Auch wenn eine solche hypothetische Rechnung Mängel aufweist, zum Beispiel nicht alle Suizidalen zum Psychotherapeuten gehen oder die Zahl der Therapeuten zu tief angesetzt wurde, zeigt sich doch eindrücklich, warum Fragen der Selbstmordverhütung unter Fachleuten und in der Öffentlichkeit nicht ausgewichen werden kann. Die Belastung dürfte eher noch wachsen.

Bis 1980 erwarten die Lebensmüdenbetreuer der Telefonseelsorge in der Bundesrepublik Deutschland 1 000 000 Anrufe, darunter ein Viertel von Suizidären (1978: 100 000).

Von daher drängte es sich also für mich geradezu auf, die therapeutische und sozialpolitische Problematik zu überdenken.

Eine solche Arbeit, die versucht, sich dem Phänomen des Freitodes, psychologisch diagnostisch und interpretativ, zu nähern, steht von vornherein in einem inneren, permanenten Widerspruch. Einerseits ist eine solche Arbeit nur machbar, wenn angenommen werden kann, daß Selbstdestruktivität nicht nur dem Schicksal und den Naturgewalten zuzuschreiben ist, sondern wie *Menninger* schreibt: „dem Menschen selbst zur Last gelegt werden muß“ (6, S. 598).

Die menschliche Verhaltensweise gilt es zu erklären, mit den Mitteln einer dem Rationalen verpflichteten psychologischen Forschung.

Auf der anderen Seite weist zum Beispiel *Amery* mit Recht darauf hin, daß wer den Freitod sucht, aus gerade dieser Logik des Lebens ausbricht. Er beschreibt dies so: „Aber steht nun einer vor dem Absprung, erhält das widersinnige, logisch streng abzuweisende Urteil für ihn einen guten Sinn, der allerdings ist schon jenseits aller Vernunft, die nur des Lebens dienstbarer Geist ist, jenseits alles dessen, was noch der gründlichste Forscher der Suizidologie vorzubringen vermöchte“ (1, S. 21).

Dieses philosophisch formulierte Dilemma geht parallel mit den persönlichen Schwierigkeiten, die sich mir bei der Auseinandersetzung mit dem Thema Suizid stellten. Der Wunsch, aus der eigenen Betroffenheit heraus, aktiv zur Selbstmordverhütung beizutragen, reibt sich mit der Einstellung, die Freiheit jedes einzelnen anzuerkennen, den Freitod für sich zu beanspruchen.

Solche zwiespältigen Überlegungen und Gefühle erschwerten im Verlauf der Arbeit immer wieder das Schreiben.

Schließlich habe ich folgenden Aufbau der Arbeit gewählt, der dieser Spannung Rechnung zu tragen versucht:

In einem ersten Teil werden theoretisch die Grenzen eines psychologischen Vorgehens bei der Abklärung der Suizidgefährdung erarbeitet. Schwerpunkte bilden dabei 1. der Zusammenhang zwischen psychologischer und gesellschaftlicher Betrachtung des Selbstmordproblems, 2. die Probleme der Untersuchung im nachsuizidalen Zustand und 3. die besonderen Schwierigkeiten bei der Entwicklung spezifischer Tests zur Erfassung der Suizidalität.

In einem zweiten Teil werden die Erfahrungen mit psychologischen Tests dargestellt. In einer Art Kompendium ist die Testliteratur zu bekannten Testverfahren gesammelt.

In einem dritten Teil wird versucht, praktische psychodiagnostische Erfahrung zu vermitteln. Die praktische Erfahrung ist gewonnen aus der eingehenden testdiagnostischen Abklärung von 25 stark suizidgefährdeten Jugendlichen. Es zeigt sich, daß dem diagnostischen Praktiker durch seine Beobachtungs- und Arbeitsmöglichkeiten zusätzlich zum Vergleichswissen aus der Forschung gewichtige Informationen zur Verfügung stehen. Wie diese Informationen diagnostisch fruchtbar gemacht werden können, wird näher beschrieben und aufgezeigt.

Die hier versuchte Erleichterung für den Einstieg des Psychodiagnostikers in die Fragen der Testabklärung von suizidalen Klienten erhebt nicht den Anspruch, vollständige und gesicherte Ergebnisse darzustellen. Vielmehr soll das Kennen der Grenzen und Möglichkeiten des Testdiagnostikers bei der Frage der Suizidalität helfen zu unterscheiden, welche Aussagen aufgrund der Tests haltbar sind, welche als unsicher deklariert und welche überhaupt nicht gemacht werden müssen und dürfen.

Mit noch stärkerer Intensität als im Testteil stellt sich bei der Darstellung der Behandlungsverläufe im vierten Teil die Frage nach der Distanz des Forschenden und Therapeuten zum Suizidär. Oft wird so geschrieben, als seien dies völlig unbetroffene Nicht-Suizidale (5).

Dabei konfrontiert eine solche Arbeit stets auch mit der eigenen Suizidneigung. Ängste werden geweckt, am Tod eines Suizidanten mitschuldig zu werden, sich überdies noch bösem Klatsch und juristischen Sanktionen auszusetzen. Nicht zuletzt sind Allmachtsphantasien, wie den Tod prophezeien zu können, mit dem Tod ringen zu können, zu bewältigen.

Die Beispiele aus den Behandlungen, die häufig dort, wo mein Engagement, meine Betroffenheit, heftiger wurde, in Ichform umschlagen, versuchen, eine möglichst wenig distanzierte Art der Diskussion dieser schwierigen Gegenübertragungsprobleme in Gang zu setzen.

Schließlich wird im letzten, fünften Teil, der zu den sozialen Fragen Stellung nimmt, Bilanz gezogen. Die Befunde aus den Tests und Therapien der suizidalen Jugendlichen werden mit aktuellen Problemen von Jugendlichen auf dem Arbeitssektor und im Sexualverhalten in Beziehung gesetzt.

Das Leiden der suizidalen Jugendlichen erweist sich dabei als symptomatisch für neuere Entwicklungserscheinungen der Zivilisation.

Literatur

- (1) *Amery, J.*: Hand an sich legen, Diskurs über den Freitod. Ernst Klett Verlag, Stuttgart 1976
- (2) *Durkheim, E.*: Le Suicide (1. Aufl. 1879). Presses universitaires de France, Paris 1960
- (3) *Ernst, K.*: Die Zunahme der Suizide in den psychiatrischen Kliniken, Tatsachen, Ursachen, Prävention. Sozial- und Präventivmedizin 24 (1979) 34–37
- (4) *Heim, E.*: Die therapeutische Gemeinschaft, interne Veröffentlichung. Klinik „Schlössli“, Oetwil am See 1973
- (5) *Lowental, U.*: Suicidal Motivation, the Factor of Reality, in Abstracts 8th Intern. Congress on Suicide Prevention and Crisis Intervention, Jerusalem 1975
- (6) *Menninger, K.*: Man against himself. Harcourt, Brace & World Inc., New York 1938
- (7) *Neuringer, Ch.* (ed.): Psychological Assessment of Suicidal Risk. Charles C. Thomas, Springfield, Ill. 1974
- (8) *Der Spiegel*: Depression, Krankheit oder Schicksal, 32. Jg., Nr. 51, 18.12.1978

Terminologie

Ein Versuch, Suizid zu definieren, führt unwillkürlich über das Sprachproblem hinaus. Sui caedere, sich töten, so einfach ist zunächst eine Übersetzung. Sich töten sagt aber noch nichts darüber aus, ob wir es beim Freitod mit einem einheitlichen Phänomen zu tun haben, ob es so etwas wie einen zum Selbstmord hin lebenden Menschentypus gibt, oder ob an eine Fülle durch Suizid endender Entwicklungsprozesse zu denken ist, wo die Selbstmordneigung als ein Symptom mit unterschiedlichem Stellenwert erscheint. Diese gegensätzlichen theoretischen Vorstellungen führen dazu, daß die Suiziddefinitionen sehr unterschiedlich oder verschwommen wirken. Eine einfache Begriffsbestimmung wird zwar meist gefordert, ist aber kaum realisierbar.

In der folgenden Arbeit wird die Bezeichnung suizidal auf Personen angewendet, die sich einer Gefahr ausgesetzt haben, aussetzen oder aussetzen wollen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Tötungsabsicht verwirklicht. Unwesentlich ist es, ob diese Absicht explizit durchdacht oder geäußert wird, oder ob diese Absicht der Auslöser für einen plötzlichen Handlungsimpuls ist. Tödlich endende Verhaltensweisen ohne eigentliche Selbsttötungsabsicht werden ausgeklammert, Probleme wie selbstprovozierte Unfälle, Selbstschädigung durch Drogenkonsum, Selbstverstümmelung und ähnliches werden nicht behandelt.

Als „suizidale Persönlichkeit“ wird demnach ein Mensch bezeichnet, der Suizidgedanken oder -impulse in sich trägt, oder schon Suizidhandlungen durchgeführt hat. Suizidalität wird als deskriptiver Oberbegriff verwendet, ohne daß damit ausgesagt werden soll, es gebe einen genetisch oder frühkindlich determinierten suizidalen Charakter.

Der Gebrauch der Begriffe Suizid oder Suizidalität versucht, moralisch negative Werthaltungen, wie sie im Begriff Selbstmord mitschwingen, zu vermeiden. Allmählich beginnt sich als Sprachregelung einzubürgern, von einem Menschen, der sich auslöscht, als Suizidant zu sprechen. Der Mensch, der das Projekt des Freitodes in sich trägt, ob er damit spielt oder ernsthaft seinen Tod erwägt, wird Suizidär genannt. Hin und wieder werden im folgenden Text dennoch das Wort Selbstmord, sowie Begriffsbildungen mit Selbstmord vorkommen, zum Teil als ein Zurückgleiten in Alltagssprache, zum Teil auch weil sich diese Begriffe bei Wiederholungen nur künstlich aussparen ließen.

Statistische Daten zur Suizidalität

Jedes Jahr, wenn die statistischen Ämter im Frühjahr die neuen Selbstmordzahlen bekannt geben, wird die Bevölkerung von der Presse über die ständig steigenden Zahlen informiert und aufzurütteln versucht.

Dabei werden in der Regel Vergleiche mit der absoluten Zahl des Vorjahres angestellt: „Neue Höchstzahl an Selbstmorden“, oder aber mit der Zahl der tödlichen Verkehrsunfälle verglichen: „Erstmals seit der intensiven Motorisierung des Landes Anfang der 50er Jahre sind wieder mehr Menschen an Suizid als durch Verkehrsunfälle gestorben“ (SDA vom 14.4.1978).

Vergleicht man diese beunruhigenden Meldungen mit den Aussagen über die Selbstmordrate, d.h. die Todesrate durch Suizid pro 100 000 Einwohner, die seit der Jahrhundertwende systematisch erfaßt werden, so läßt sich in den letzten 100 Jahren für die Schweiz feststellen, daß sich die Selbstmordrate relativ wenig verändert; sie schwankt zwischen 21 und 24 pro 100 000 Einwohner.

Während sich im letzten Jahrhundert jährlich etwa 600–700 Menschen das Leben genommen haben, sind es heute zwischen 1.200 bis 1.500 Menschen, wobei sich aber die Bevölkerung mehr als verdoppelt hat.

In der Bundesrepublik Deutschland und in Österreich bewegen sich die Suizidraten heute ähnlich um 20 pro 100 000 Einwohner (Bundesrepublik Deutschland 1972: 19,9; Österreich 1973: 21,9). Die deutschsprachigen Länder lassen sich also gut vergleichen.

International gesehen liegen diese Werte recht hoch. Die USA haben eine Selbstmordrate von 12 (1973), d.h. näher dem internationalen Mittelwert von 10, was für die Einschätzung der im folgenden aus USA übernommenen Literatur von Belang ist.

Sind die Meldungen in den Medien einfach Sensationsmache, gute Verkaufsartikel der Nachrichtenmacher?

Betrachtet man nicht einfach die Selbstmordrate grosso modo, sondern analysiert, wie sich über lange Zeit die Population der Suizidäre verändert, so fällt auf, daß sich die Suizidraten hinsichtlich Geschlecht und Altersgruppen verschoben haben (Tab. 1; 1, 4, 5).

Folgt man den sehr genauen Berechnungen für die Schweiz seit 1888, so ergibt sich folgendes Bild:

- Zur Jahrhundertwende, also bei Einführung der Suizidstatistik, finden sich bei den männlichen Erwachsenen zwischen 30 und 59 Jahren Maximalwerte. Die Wirren des industriellen Umbruchs lasten auf den arbeitenden Männern.

Tabelle 1 Suizid in der Schweiz 1888–1977, nach Geschlecht und Altersgruppen

Perioden	5–14 Jahre	15–19 Jahre	20–29 Jahre	30–39 Jahre	40–49 Jahre	50–59 Jahre	60–69 Jahre	70–79 Jahre	80 + ... Jahre
Männer									
1887/1890	0.03	1.39	3.75	5.49	7.07	8.37	8.18	8.62	8.71
1899/1902	0.05	0.97	3.39	5.15	6.48	10.96	10.14	9.76	6.20
1909/1912	0.08	1.31	3.84	4.97	6.46	8.83	10.91	11.56	10.41
1919/1922	0.06	1.30	2.75	3.97	5.96	8.59	10.11	8.84	10.58
1929/1932	0.07	1.66	3.54	4.33	5.92	9.31	10.50	10.15	8.78
1940/1943	0.09	1.88	4.04	3.49	4.22	6.48	7.80	8.46	10.82
1949/1952	0.04	1.48	2.92	2.88	4.51	6.41	7.66	7.93	10.48
1959/1962	0.06	1.24	2.60	2.83	3.71	5.18	5.46	5.80	7.07
1974/1977	0.21	1.67	3.82	3.15	4.50	5.25	2.46	6.19	7.98
1977	0.31	2.00	4.25	3.47	4.68	5.4	5.1	5.5	8.4
N = 1044									
Frauen									
1887/1890	0.008	0.48	0.84	1.07	1.02	1.43	1.81	1.28	0.31
1899/1902	0.02	0.27	0.98	0.97	1.21	1.85	1.32	1.11	2.12
1909/1912	0.02	0.62	1.12	1.06	1.29	1.94	1.61	1.46	1.87
1919/1922	0.01	0.52	1.09	1.30	1.65	2.02	2.51	2.0	1.34
1929/1932	0.02	0.63	1.22	1.45	1.97	2.29	2.25	1.97	1.27
1940/1943	0.008	0.61	1.14	1.48	1.65	2.18	2.04	1.92	1.23
1949/1952	0.02	0.64	1.09	1.32	1.73	2.22	1.91	2.03	1.91
1959/1962	0.02	0.49	0.96	1.11	1.48	1.97	1.54	1.96	1.47
1974/1977	0.06	0.64	1.10	1.53	1.72	2.10	1.11	2.35	1.86
1977	0.04	0.84	1.3	1.59	1.82	2.45	2.2	2.5	1.8
N = 461									

1887–1962 Anzahl der Verstorbenen auf 10 000 Einwohner jeder Altersklasse, Mittelwerte der 4 Jahre um die eidgenössischen Volkszählungen.

Entnommen: *Hubscher, J.Ch.*, Le suicide et la tentative de suicide d'après les statistiques officielles suisses. Bureau fédéral de statistique, Berne 1971, S. 7

1974–1977 analog berechnet nach:

Eidgenössisches Statistisches Amt, Verstorbene in der Schweiz infolge Selbstmordes nach Geschlecht und Altersgruppen

Eidgenössisches Statistisches Amt: Wohnbevölkerung der Schweiz nach Altersklassen, Geschlecht und Heimat, Januar 75–78, Schätzungen

- Vor dem ersten Weltkrieg werden die höchsten Werte für die 60 bis 79jährigen Männer festgestellt. Seit damals sind diese Werte sukzessive gesunken und erreichen 1977 den niedrigsten Wert überhaupt. Dies dürfte auf die wesentlichen Fortschritte im Gesundheitssektor mit längerer Lebenserwartung, sowie auf die durch die Rentenpolitik erreichte materielle Besserstellung der Alten zurückgehen.

- Mit der Weltwirtschaftskrise 1929–1932 verändert sich die Relation von männlichen zu weiblichen Suizidanten. Während im letzten Jahrhundert 1 Selbstmord einer Frau auf 6 bis 7 Suizide von Männern vorkam, ist seither das Verhältnis 1 zu 2 bis 3. Die höhere Suizidrate der Frauen, ausgelöst durch Armut und Krankheit in der Zeit der großen Depression mit hoher Müttersterblichkeit, dürfte inzwischen eine neue Bedeutung gewonnen haben mit der Annäherung von Männern und Frauen im Wirtschaftsleben. In den Jahren 1974 bis 1977 werden die Zahlen der Krisenjahre 1929/1932 wieder erreicht. 1977 präsentieren sich Maximalzahlen der gesamten hundertjährigen Beobachtungszeit.
- Die Werte der 15 bis 29jährigen männlichen Jugendlichen erreichen in den Rezessionsjahren 1974 bis 1977 vergleichbare Zahlen mit den Werten der Krisenjahre 1928/1929 und der Kriegszeit 1940/1943. Wenn auch die Zahlen sehr klein sind, so haben sich doch noch nie so viele Kinder suizidiert wie 1977. Bei den 20 bis 29jährigen jungen Männern übertrifft die Zahl von 200 Suiziden die absoluten Zahlen aller anderen Altersgruppen.

Dieser Überblick zeigt, daß das Absinken der Selbstmordneigung bei den erwachsenen Männern und Alten kompensiert worden ist durch ein Ansteigen bei den Frauen, Kindern und Jugendlichen.

Die Zahlen für die Schweiz sind relativ klein und von Zufallsschwankungen leicht irritierbar. Es gibt aber diesen Trend ähnlich in den Nachbarländern (Tab. 2).

In der Bundesrepublik Deutschland und in Österreich ist der Anteil der 15 bis 24jährigen am Gesamt aller Suizidanten von 7,9% resp. 7,8% 1968 auf 11% 1977 gestiegen. Während noch 1968 in der Bundesrepublik Deutschland die Altersgruppe der 55 bis 65jährigen mit 22,4% den höchsten Anteil aller Suizidanten aufwies, ist dieser Anteil 1977 auf 15,4% gesunken. Eine höchst eigentümliche Entwicklung läßt sich in der Bundesrepublik Deutschland bei den 35 bis 40jährigen verzeichnen; seit 1968, wo ihr Anteil am Gesamt aller Suizidanten mit 2,2% besonders niedrig war, ist diese Zahl bis 1977 auf 9,2% gestiegen. Es wäre interessant zu untersuchen, wie weit die Sozialisationserfahrungen dieser Gruppe, deren frühkindliche Autonomieentwicklung weitgehend durch die Kriegsjahre 1939 bis 1945 geprägt ist, für Belastungen durch Krisen wie die Rezession der letzten Jahre anfällig machen.

Das Ansteigen der Suizidrate bei den 15 bis 24jährigen wird auch aus den USA gemeldet, von 1954 bis 1973 ist die Suizidrate in dieser Altersgruppe von 4,2 auf 10,6 geklettert. Selbstmord ist für die Jugendlichen in den USA zweithöchste Todesursache überhaupt, Collegestudenten und Farbige sind besonders stark betroffen. Alarmierend kommt hinzu, daß Adoleszente mehr Suizidversuche per geglückten Suizid machen als die Erwachsenen. Die Suizidhäufigkeit nimmt im Frühling zu, bei den Studenten mit Anfang und Ende der Semester. Die meisten Suizidversuche passieren am

Tabelle 2

Selbstmord und Selbstbeschädigung in der Bundesrepublik Deutschland
1968–1977 Altersgruppenvergleich: *

Jahr	Total aller Suizide	15–25 Jahre Total aller Suizide der Altersgruppe, Prozentualanteil der Altersgruppe am Gesamt aller Suizide	55–65 Jahre Total aller Suizide der Altersgruppe, Prozentualanteil der Altersgruppe am Gesamt aller Suizide	Auffälligkeiten bei mittleren Jahrgängen, Prozentualanteil div. Altersgruppen am Gesamt aller Suizide
1968	12 389	980 7,9%	2 787 22,4%	35–40 J. 2,2%
1969	12 705	1 043 8,2%	2 759 21,7%	45–50 J. 8,9%
1970	13 043	1 138 8,7%	2 809 21,5%	
1971	12 838	1 169 9,1%	2 515 19,5%	
1972	12 274	1 187 9,6%	2 235 18,2%	40–45 J. 8,9%
1973	12 883	1 282 9,9%	2 403 18,6%	
1974	13 046	1 295 9,9%	2 506 19,2%	35–40 J. 8,6%
				45–50 J. 8,6%
1975	12 699	1 390 10,9%	2 295 18,0%	35–40 J. 9,3%
				45–50 J. 8,9%
1976	13 348	1 468 11,0%	2 060 15,4%	35–40 J. 9,3%
				45–50 J. 9,2%

Selbstmorde in Österreich 1968–1977:**

Jahr	Total aller Suizide	davon im Alter von 15–24 Jahren	Motorrad- und Mopedunfälle 15–24 Jahre
1968	1 612	127 7,8%	446
1969	1 645	120 7,2%	445
1973	1 651	126 7,6%	604
1974	1 784	147 8,2%	542
1977	1 827	215 11,0%	576

* Berechnet nach Angaben des Statistischen Bundesamts Wiesbaden, 1977,
Der Spiegel 51/1978

** Berechnet nach Angaben des Österreichischen Statistischen Zentralamts, Wien

späten Nachmittag und am Abend. Man schätzt, daß 50% aller Suizide von Jugendlichen gar nicht in der Selbstmordstatistik erscheinen, sondern als Unfälle getarnt werden (6).

Daß die Aussage der Steigerung der Suizidgefährdung bei den Jugendlichen in den letzten Jahren standhält, ergibt sich darüber hinaus bei den

Überlegungen zur Dunkelziffer in der Statistik. *Jakob* (5) führt zu Recht aus, daß vor dem 2. Weltkrieg bis zu 40% aller Suizide bei den älteren Jahrgängen vertuscht wurden wegen der größeren Wahrscheinlichkeit, daß eine Alternativtodesursache angenommen werden konnte. Er hält von da her das Absinken der Suizidrate bei den Älteren für umso mehr bestätigt. Wegen der noch nicht sicheren Zahlen über die Wohnbevölkerung bis 1980 glaubt er für die Jüngeren keine Aussagen machen zu dürfen.

Betrachtet man allerdings die Fehlermöglichkeit bei den jüngeren Jahrgängen, so drängt sich das Problem der ausländischen Wohnbevölkerung auf, wobei die Gastarbeiter überwiegend aus Ländern mit wesentlich geringeren Selbstmordraten stammen (Spanien 1971: 4,3; Italien 1961/63: 7,1). Nimmt man etwa die Suizidrate der Ausländer mit einem Drittel der einheimischen Bevölkerung an, so ergäbe das für die Schweizer 1977 eine Suizidrate von 27,3 statt von 23,9. Nimmt man noch die Schätzung der Amerikaner hinzu, daß ein wichtiger Teil der Suizide getarnte Unfälle sind,

Tabelle 3 Selbstmord und Selbstbeschädigung in der Bundesrepublik Deutschland. Vergleich nach Wahl der Selbstmordart 1968 und 1976 für alle Suizidanten und alle jugendlichen Suizidanten mit Berücksichtigung des Geschlechts*

Suizid durch	1968		1968		1976		1976	
	Gesamt	davon männlich	10–25 J.	davon männlich	Gesamt	davon männlich	10–25 J.	davon männlich
Erhängen, Erdrosseln, Ersticken	42%	72%	29%	91%	39%	72%	30%	84%
Mit festen oder flüssigen Stoffen	26%	50%	28%	55%	32%	51%	35%	54%
Sturz aus großer Höhe	4%	45%	4%	58%	6,5%	48%	7%	59%
Feuerwaffen, Explosivstoffe	5%	94%	11%	92%	6%	95%	8%	97%
Vergiften mit Gasen	7%	74%	11%	80%	4%	89%	6%	92%
Ertränken	7%	41%	3%	55%	4%	36%	1%	75%
Schneiden u. stechende Gegenstände	2%	67%	0,4%		2%	67%	0,8%	91%

* Zusammengestellt nach Angaben des Statistischen Bundesamtes, Wiesbaden

so kann schon jetzt durchaus von einem Ansteigen der Selbstmordrate bei den Jugendlichen gesprochen werden.

Anders als bei den Alters- und Geschlechtsverschiebungen zeichnen sich bei der Wahl der Todesart keine auffälligen Veränderungen ab (Tab. 3).

Datenquellen und Literatur

- (1) Eidgenössisches Statistisches Amt
- (2) Österreichisches Statistisches Zentralamt
- (3) Statistisches Bundesamt Wiesbaden
- (4) *Hubscher, J.Ch.*: Le suicide et la tentative de suicide d'après les statistiques officielles suisses. Bureau fédéral de statistique, Berne 1971
- (5) *Jakob, O.*: Der Suizid in der Schweiz 1876–1977. Sozial- und Präventivmedizin 24 (1979) 21–27
- (6) *Rosenkrantz, A.L.*: A Note on Adolescent Suicide: Incidence, Dynamics and some Suggestions for Treatment. Adolescence, Vol. XIII, No. 50, Summer 1978

1. Theoretischer Zugang: Die Grenzen einer psychologischen Betrachtung der Suizidalität

Der Zusammenhang zwischen psychologischer und gesellschaftlicher Betrachtung des Selbstmordproblems

Bei Untersuchungen zur Suizidalität stellt sich unmittelbar das schwierige Problem des Zusammenhangs zwischen individuellen psychischen Strukturen und gesellschaftlichen Strukturen. Auf der einen Seite ist das Antanzen des eigenen Lebens ein höchst persönliches, intimes, vor der Umwelt gehütetes, verstecktes Ereignis. Auf der anderen Seite ist durch eine Fülle von empirischen soziologischen Studien nachgewiesen, daß Selbstmordverhalten wesentlich von sozialen Strukturen, die viele interdependente Individuen bilden, beeinflußt ist. So wird die Selbstmordrate gleichsam als gesellschaftlicher Indikator behandelt, manchmal marktschreierisch wie ein Fieberthermometer zur Lage der Nation benutzt. Beginnt man so abzugrenzen, als ob es sich beim Einzelnen und der Gesellschaft um zwei getrennt existierende Erscheinungen handelte, wäre Selbstmordverhalten gar nicht ausreichend interpretierbar.

Eine menschliche Einzelerscheinung wie Suizidneigung ist nur verständlich, wenn man sie im Ganzen einer steten zwischenmenschlichen historischen Bewegung sieht. Es ändert sich die Art, in der die Menschen miteinander leben müssen, deshalb ändert sich ihr Verhalten, deshalb ändert sich ihr Bewußtsein und ihr Triebhaushalt, und damit ändern sich auch wieder die Beziehungen zwischen den Menschen und so fort.

Die Aufteilung in gesellschafts- und individuell orientierte Selbstmordforschung sind zwei Perspektiven der gleichen Erscheinung. Die Gesellschaftstheorien versuchen aufzuweisen, wie sich von verschiedensten Seiten her Fremdwänge in Selbstwänge verwandeln. Die persönlichkeitsorientierten Forschungen sind nur dann sinnvoll, wenn sie dokumentieren, wie Selbstwänge Fremdwänge zulassen und ausdrücken.

Der soziologische Ansatz

Nachdem seit der Jahrhundertwende Selbstmordstatistiken vorliegen, drängt es sich für die Sozialforscher auf, die Selbstmordraten mit ökologischen Daten zu korrelieren. Dabei lassen sich generelle Trends der sozialen Einflußgrößen gut erkennen. Die Ergebnisse aus der Fülle solcher deskriptiven, soziologischen Studien lassen sich analog zu *Braun*, 1971 (1, S. 25), in einer Übersicht zusammenfassen. Dabei wurden die Tendenzänderungen seit den sechziger Jahren kritisch eingefügt.

Variablen	Relative Variation der Variablen	
	kleine Selbstmord- wahrscheinlichkeit	große Selbstmord- wahrscheinlichkeit
Alter	jüngere Personen (steigende Tendenz bei der Gruppe 15–24 Jahre)	ältere Personen
Geschlecht	Frauen (steigende Tendenz bei Frauen)	Männer
Zivilstand	Verheiratete	Geschiedene, Verwitwete, Ledige
Wohnort	Dorfbewohner (sinkende Tendenz des Unterschieds)	Stadtbewohner
Rasse	Neger (fragwürdig, für USA Tendenz zu Umkehr)	Weißer
Religion	Katholiken, Juden	Protestanten
Beruf	berufliche Mittelschicht	berufliche Ober-/ Unterschicht
Jahreszeit	Winter	Frühjahr (April/Mai)
Nationalstaaten (Beispiele)	Ägypten, Rep. Irland	Japan, Ungarn, Schweiz, DDR

Allein durch das Sammeln aussichtsreich erscheinender Daten ist es aber möglich, Hypothesen zu entwickeln, die von unzweifelhafter Erklärungskraft für individuelles Verhalten wären. Die Interpretation der gefundenen Trends kann erst durch empirische Verallgemeinerungen oder individuelle Hypothesen überprüfbar gemacht werden.

Diesen Weg fordert *Braun* für eine wissenschaftstheoretisch haltbare Forschungsmethode in der Soziologie. Sie führt auf sinnvolle Art der Hypothesenbildung und Prüfung u.a. das Vorgehen *Durkheims*, des großen Vorbilds der Soziologen, an. Er hat in seiner Arbeit „*Le Suicide*“ (2) zwei Hypothesen verwendet, die Integrations- und die Anomiehypothese.

Zur Integrationshypothese

Die Integration einer Gruppe meint die tatsächlichen Bindungen und Beziehungen einer Gruppe, ihre Dichte. Je mehr Mitglieder einer Gruppe dieselben Wertvorstellungen und Normen akzeptieren, desto höher ist der Integrationsgrad des Kollektivs. Die Religionsgemeinschaft, das politische System, die Familienstruktur sind verallgemeinernd im variierenden Integrationsgrad erfaßt. Die Integrationshypothese besagt nun, je geringer der Integrationsgrad einer Gruppe ist, an der das Individuum partizipiert, desto höher ist die Selbstmordrate.

Zur Anomiehypothese

Wenn ein Kollektiv nicht imstande ist, das Verhalten der Individuen zu kontrollieren und zu regulieren, dann ist ein Zustand eingetreten, der Anomie genannt wird. Anomie kann sich etwa manifestieren im Verlust religiöser Glaubensvorstellungen, in unüberschaubarer Veränderung beruflicher oder familiärer Normen. Die Störungen der kollektiven Organisation verringern die Immunität des Einzelnen gegen suizidale Tendenzen. Die Anomiehypothese besagt, je stärker Anomie in einer Gruppe zutage tritt, desto höher ist die Selbstmordrate.

Solche Hypothesen ermöglichen eine Gewichtung und Überprüfung der relativen Zusammenhänge verwendbarer Variablen. Diese Demonstration der soziologischen Arbeitsweise soll verdeutlichen, daß es nicht einfach darum gehen kann, die große Zahl möglicher, unbekannter und unkontrollierbarer Variablen, die an der Endhandlung Suizid beteiligt sind, in den Griff zu bekommen.

Die Antwort auf eine umgrenzte Frage wie diejenige von *Schmidtchen* (8): „Wenn wir als Protestanten oder Katholiken aufwachsen und leben – hat das irgendwelche Folgen für unser Persönlichkeitsschicksal?“ läßt subtilere Einsichten zu. So klärt sich etwa die höhere Suizidrate der Protestanten gegenüber den Katholiken im Kontext des Verinnerlichungsschubes der protestantischen Bewegungen, dem Gottsuchen im eigenen Fühlen, Erleben, Denken und Wollen. Von hier leitet sich die Autonomiebetonung für den einzelnen Protestanten ab, die sowohl zu erhöhter Leistungsmotivation als auch zu selbstbeschuldigender Reue tendieren läßt. Diese Überlegungen haben ihre Bedeutung für die Versuche psychologischer Forscher, sich soziologischer Variablen zu bedienen. Häufig werden soziologische Elemente gebraucht, um den Datensatz zu verbessern.

Nach der bisher vertretenen Ansicht, daß erst durch eine Gewichtung und Hypothesenbildung die Aussagekraft soziologischer Variablen zu prüfen ist, erscheint es zweifelhaft, daß die großen Hoffnungen der Suizidologen auf Skalen und Risikolisten gerechtfertigt sind. Die Häufung verschiedenster Daten dürfte allein keine neuen Erkenntnisse gebären können. Risikolisten, wie die von *Poeldinger* (5), erlauben einen raschen Überblick über die Merkmale der Suizidgefährdung, aber leisten keinen Beitrag zum Verständnis der Suizidalität. *Motto*, 1976 (4), mußte für seine Skala feststellen, daß mit steigender Zahl der Variablen seine Resultate an Validität einbüßten. Sein großer Forschungsaufwand, um möglichst unvoreingenommen vieles zu erfassen, brachte letztlich magere Resultate.

Der psychologische Ansatz

Der umgekehrte Weg, vom Persönlichkeitsfaktor auszugehen, um dann die soziale Dimension zu erschließen, wird von den Psychologen mit weniger Intensität verfolgt. Ansätze dazu finden sich in der Ethnopsychoanalyse und der Sozialpsychologie. Das sozialpsychologische Modell von *Farber* (3) verdeutlicht den Wert dieses Vorgehens für das Verstehen der Suizidalität.

Es soll deswegen im folgenden etwas ausführlicher dargestellt werden. *Farber* formuliert sein Modell in einer einfachen mathematischen Sprache. Sein ahistorisches Modell benutzt zunächst naheliegende psychologische Variablen und bezieht soziologische Variablen mit ein.

$$1) \quad S = f(V, D)$$

$S = \text{suicide}, V = \text{vulnerability}, D = \text{deprivation}$

Dieser Zusammenhang von Suizid, persönlicher Verletzbarkeit und Deprivation sagt aus, daß Suizid überwiegend von psychisch geschädigten Personen begangen wird, die sich einer Deprivationssituation gegenüber sehen. Mit der persönlichen Verletzbarkeit oder Schädigung ist nicht eine Geisteskrankheit gemeint. Es geht *Farber* vielmehr darum, eine Verbindung zwischen dem Schwergewicht, das etwa die frühen psychoanalytischen Theorien auf die Art und Ursache der persönlichen Störung gelegt haben, und der ausschließlichen Betonung der Deprivationssituationen durch die soziologischen Theorien herzustellen.

$$2) \quad S = f\left(\frac{1}{H}\right)$$

$H = \text{hope}$

Hoffnung ist definiert als die vertrauensvolle Erwartung, daß sich ein gewünschtes Ziel erreichen läßt. Das umgekehrt proportionale Verhältnis von Suizidwahrscheinlichkeit und Hoffnung entspricht der Beschreibung des Suizids von *Kobler* und *Stotland* (6), als „End of Hope“. Wenn ein Individuum sich in einer extrem hoffnungslosen Situation befindet, ist die Wahrscheinlichkeit groß, daß es Suizid begeht.

$$3) \quad H = f\left(\frac{C}{T}\right)$$

$$4) \quad S = f\left(\frac{T}{C}\right)$$

$C = \text{sense of competence}, T = \text{threat}$

Hoffnung läßt sich umschreiben als Interaktion der Persönlichkeitsvariablen C, dem Vertrauen in die eigene Zulänglichkeit und der Erfahrung äußerer Bedrohung, der input Variablen T.

„Sense of competence“ wird als grundlegendes Gefühl definiert, mit den Erfordernissen des Lebens fertig zu werden. Es wird als Urvertrauen erworben und durch Verstehen der Umwelt ausgebaut, es ist testologisch meßbar. „Threat“ ist die Bedrohung akzeptabler Lebensbedingungen für eine Gruppe. Die Suizidgefahr ist demnach höher bei steigender äußerer Bedrohung und sinkendem Maß an Selbstvertrauen.

$$5) \quad S = f \left(\frac{\text{DEC, DIG, TS}}{\text{Su, HFT}} \right) \qquad 6) \quad S = f \left(\frac{\text{PIC, DEC, DIG, TS}}{\text{Su, HFT}} \right)$$

In der Gleichung 5 wird die Variable D (Deprivation in Gleichung 1) in sozialen Termini formuliert. In Gleichung 6 wird die Variable V (persönliche Verletzbarkeit in Gleichung 1) als soziale Größe ausgedrückt.

Gleichung 6 kann somit als grundlegende proximale soziologische Gleichung für Suizid angesehen werden. Dabei bedeuten die einzelnen Ausdrücke folgendes:

S = Probability of Suicide, die Suizidwahrscheinlichkeit.

DEC = Demands for Exercising Competence, das Maß, wie selbstsicher der Einzelne in der Gesellschaft auftreten muß, etwa in Forderung Stärke und Überlegenheit zu demonstrieren.

DIG = Demands for Interpersonal Giving, das Maß, in dem gegenseitiges Geben und Helfen in den Normen einer Gruppe verankert ist.

TS = Tolerance of Suicide, die Toleranz gegenüber dem Suizid innerhalb eines Kollektivs.

Su = Availability of Succorance, die Verfügbarkeit von Unterstützung und Beistand.

HFT = Degree of Hope in the Future Time Perspective of the Society, der Grad der Hoffnung auf die zukünftige Entwicklung und Perspektive der Gesellschaft.

PIC = Production of Personalities Injured in their Sense of Competence, die Häufigkeit, mit der eine Gesellschaft Menschen prägt, die im Selbstvertrauen geschädigt sind.

Die Gleichung 6 zeigt die Größen auf, welche die Selbstmordrate beeinflussen. *Farber* hält diese Variablen, etwa durch Rating-Verfahren, für meßbar.

Diese Gleichung verdeutlicht, daß der Persönlichkeitsfaktor sich nicht nur direkt auf die Suizidwahrscheinlichkeit auswirkt, sondern daß die sozialen Faktoren ihrerseits von der vorherrschenden Persönlichkeitsstruktur beeinflusst sind. Derjenige, der sich selbst angeschlagen fühlt und sich nur wenig zutraut, ist oft auch unfähig, anderen Hilfe und Unterstützung zukommen zu lassen, was ein kaltes, abweisendes soziales Klima schafft. Dies wiederum verstärkt die Hoffnungslosigkeit des Einzelnen, und so pflanzt sich der Teufelskreis fort.

Je größer also der Anteil der in ihrem Selbstvertrauen geschädigten Individuen einer Gesellschaft ist, desto stärker prägt sich im Kollektiv Suizid provozierendes Verhalten aus. Im Sinn eines Multiplikatoreffekts kommt es zu einem unverhältnismäßig hohen Anstieg der Selbstmordrate.

Durch *Farbers* Modell wird deutlich, daß die Kenntnis des Persönlichkeitsfaktors sowohl für individuelle Prognosen (Gleichung 4) als auch für soziologische Prognosen (Gleichung 6) wesentlich ist. Die Legitimation von Individualdiagnostik für die Bestimmung der Suizidwahrscheinlichkeit wäre von da her gegeben. Allerdings ist mit Individualdiagnostik nur ein Teil des nötigen Wissens beizusteuern. Nach *Farber* würde die Ermittlung des „Sense of Competence“ den Individualdiagnostikern überlassen. In der Praxis könnte das mit Hilfe der Tests, die Selbstwertgefühl, Sicherheitsbedürfnis etc. messen, geschehen, zum Beispiel der Fragebogen von *Stork* (9). Andere wichtige Daten müßte man aus sozialpsychologischen Untersuchungen übernehmen. In der Praxis wäre an Messungen wie z.B. mit der „Internal-External-Control-Scale“ von *Rotter* (7) zu denken. Auch die nunmehr begrenzte Aufgabe, so etwas wie „Sense of Competence“ zu bestimmen, ist nicht so einfach, wie es hier im theoretischen Modell klingt, und bedarf einer kritischen Differenzierung. Auf diese Schwierigkeiten weisen die beiden nächsten theoretischen Abschnitte hin.

Im folgenden empirischen Teil wird die Gefährdung des Einzelnen, die ihn unter äußerer Bedrohung zum Suizid führt, untersucht. Also das, was *Farber* „Vulnerability“ nennt. Allerdings wird für die Ermittlung der Persönlichkeitsdimension ein anderer Weg gewählt. Anhand von Testergebnissen und Therapieerfahrungen werden die verschiedenen Aspekte der Persönlichkeit untersucht, wird nicht beim Selbstwertgefühl allein Halt gemacht. Dies, um mögliche andere Persönlichkeitsdimensionen als wesentlich zu erkennen oder als unwesentlich ausschließen zu können. Die Übersetzung der gefundenen Persönlichkeitsproblematik in die soziale Sphäre erfolgt interpretativ. Die sozialen Hypothesen müßten in weiteren Forschungsarbeiten erst noch empirisch überprüft werden.

Literatur

- (1) *Braun, Ch.*: Selbstmord, Soziologie, Sozialpsychologie, Psychologie. Goldmann, München 1971
- (2) *Durkheim, E.*: Le Suicide, 2. Aufl. Presses universitaires de France, Paris 1967
- (3) *Farber, M.L.*: Theory of Suicide. Funk & Wagnalls, New York 1968
- (4) *Motto, J.A., D.C. Heilbron*: Development and Validation of Scales for Estimation of Suicide Risk. In: *E.S. Shneidman* (ed.), Suicidology, Contemporary Developments. Grune & Stratton, New York 1976
- (5) *Poeldinger, W.*: Die Abschätzung der Suizidalität. Huber, Bern 1968
- (6) *Kobler, A.L., E. Stotland*: The End of Hope. The Free Press, Glencoe, Ill. 1964
- (7) *Rotter, J.B.*: Generalized Expectancies for Internal versus External Control of Reinforcement. Psychol. Mon. 1966

- (8) *Schmidtchen, G.*: Gibt es eine protestantische Persönlichkeit? Wenn wir als Protestanten oder Katholiken aufwachsen und leben – hat das irgendwelche Folgen für unser Persönlichkeitsschicksal. Die Arche, Zürich 1969
- (9) *Stork, J.*: Fragebogen zur Beurteilung der Suizidgefahr. Otto Müller, Salzburg 1973

Grenzen der Untersuchung im nachsuizidalen Zustand

Suizid läßt sich weder direkt noch experimentell beobachten, ohne ethische Gebote der Hilfeleistung zu verletzen. Der Erforschung von suizidalem Verhalten erwachsen deshalb besondere Probleme. Die Untersuchung kann erst im nachsuizidalen Zustand einsetzen.

Die zeitliche Abfolge im wissenschaftlichen Experiment unterliegt üblicherweise der Forderung, daß die unabhängige Variable der abhängigen vorausgeht. Diese wissenschaftliche Forderung kann aber aus den genannten ethischen Gründen nicht erfüllt werden. Für die Untersuchung im nachsuizidalen Zustand gilt deshalb die umgekehrte Reihenfolge:

1. Man wählt eine Gruppe so aus, daß sie die bestimmte Eigenschaft, hier suizidales Verhalten, besitzt, während eine Kontrollgruppe ohne diese Eigenschaft ist. Die abhängige Variable „Selbstmordhandlung“ wird indirekt manipuliert.

2. Danach wird anhand der Testergebnisse festgestellt, ob sich die unabhängige Variable „Persönlichkeitscharakteristika“ entsprechend der Hypothese verändert hat.

Aus einem so angeordneten Experiment ist die zeitliche Reihenfolge nicht direkt abzulesen, sie kann allenfalls vermutet werden. Eine kausale Grund-Folge-Beziehung läßt sich aus einem solchen Experiment nicht ableiten. Es ist nicht möglich auszusagen, wenn das Persönlichkeitsbild x vorliegt, dann ist die Selbstmordwahrscheinlichkeit hoch. Es wird hingegen ausgesagt, Suizidale haben die wahrscheinlichen Persönlichkeitsmerkmale x_1, x_2, x_3, y, z usw.

Zwar ist die Forschungskritik, die im wesentlichen *Braun, 1971* (1, S. 85), folgt, berechtigt, aber dieser systematische methodische Fehler ist unumgänglich. Die Größe dieses Fehlers ist schwer kalkulierbar, gleichgültig, ob das Untersuchungsmaterial vor oder nach einer Suizidhandlung erhoben worden ist. Die Fehlerquellen sind jedoch jeweils andere.

Wird Untersuchungsmaterial vor der Suizidhandlung erhoben, so kann die Untersuchungsgruppe im nachhinein sehr klar definiert werden. Um jedoch eine genügend große Gruppe von Suizidanten ausfindig machen zu können, müssen sehr viele Menschen untersucht und über einen langen Zeitraum beobachtet werden. Im Lauf von 5 bis 10 Jahren und mehr er-

geben sich gesellschaftliche und besonders auch gesundheitspolitische Veränderungen, die die ursprüngliche Zielsetzung in einem anderen Licht erscheinen lassen. Bis das Material auswertbar ist, müssen unter Umständen die Fragen und Auswertungsverfahren neu erarbeitet werden, da auch die psychologische Methodik nicht stehen bleibt.

Im Rahmen der umfangreichen Langzeitstudie von *Pfaffenberger* und *Asnes* (18) an 50 000 Studenten konnten als Charakteristika der Suizidanten gerade noch festgestellt werden, daß sie sich als ängstlich-depressiv charakterisierten, körperlich weniger gesund sind als die Kontrollpersonen. Verfahren, die versuchten, mit allen möglichen aufzeichenbaren Verhaltensmustern der Suizidanten die Phase vor dem Suizid zu rekonstruieren und für sich besondere Authentizität in Anspruch nehmen, sind genauso wenig frei von diesen methodischen Schwierigkeiten.

Bei der „Psychological Autopsy“ genannten Methode von *Eisman* und *Kastenbaum* (23) oder der „Method of Residuals“ von *Neuringer* (17) muß genau betrachtet erst nachträglich ein neues Testverfahren erfunden, standardisiert und validiert werden.

Die Fehler mit Untersuchungsmaterial aus der Zeit vor dem Suizid ergeben sich vor allem aus der Bearbeitung durch die Forscher, die erst im nachsuizidalen Zustand erfolgen kann. Die Fehlerquellen bei Untersuchungen nach einem erfolgten Suizidversuch sind demgegenüber wesentlich davon bestimmt, daß die Untersuchungsgruppen, die sich aus denjenigen bilden lassen, die einen Suizidversuch überleben, inhomogen sind. Die Entwicklungsverläufe nach dem Suizidversuch sind sehr unterschiedlich. Hier stellen sich vor allem zwei Fragen:

1. Inwieweit repräsentiert die Gruppe derjenigen, die einen Suizidversuch unternehmen, die Gruppe der Suizidanten? Aufgrund statistischer Erhebungen läßt sich dies einschätzen.

2. Inwieweit ist der Zustand nach einem erfolgten Suizidversuch noch vergleichbar mit dem Zustand vor der Suizidhandlung? Die Dynamik der Suizidhandlung und die Folgen des Suizidversuchs sind bisher wenig untersucht. Hier lassen sich aus den vorliegenden Beobachtungen einige Hypothesen formulieren.

Standardtestverfahren werden fast nur für Untersuchungen und Abklärungen nach einer erfolgten Suizidhandlung eingesetzt. Für diese Arbeit ist es deshalb wichtig, die angeschnittenen Fragen eingehender zu erörtern.

Damit ist die Hintergrundinformation für die praktische Arbeit gegeben.

Vergleich der Populationen mit Suizidversuchen und gelungenen Suiziden

Generell wird geschätzt, daß die Zahl der Selbstmordversuche 8 bis 10mal größer ist als diejenige der Selbstmorde (*Stengel*, 21).

In der Population, die Selbstmordversuche unternimmt, sind jüngere Menschen, Frauen, Benutzer von weniger lethalen Methoden (z.B. leicht erhältliche Pharmaka) überrepräsentiert.

In der Population, die Suizid begeht, sind ältere Menschen, Männer, Benutzer von stärker lethalen Methoden (z.B. Erhängen, Erschießen) überrepräsentiert (*Dorpat* und *Ripley* [3], 1967).

Diese Tatsachen haben viele Autoren veranlaßt, von zwei verschiedenen, sich überlappenden Populationen zu sprechen. Selbstmordversuche und Selbstmorde werden als zwei verschiedene Klassen von Verhalten beschrieben und erklärt. Beim Selbstmordversuch wird der Selbsttheilungsakt und der Wunsch nach Kommunikation, im Sinn eines Hilfeschreis, hervorgehoben (*Farberow* und *Shneidman*, „Cry for Help“, 4). Es ist allerdings nicht ganz klar, wie weit sich die beiden Populationen überlappen. Untersuchungen darüber, wieviel Prozent derjenigen, die einen Suizidversuch überleben, ihn später doch noch vollziehen, schwanken in ihren Ergebnissen zwischen 0,05% bis 22%. Diese Zahlen sind insbesondere vom Beobachtungszeitraum abhängig, wie die folgende Tabelle zeigt:

Ergebnis	Zeitraum	Untersucher
0,05%	8–44 Monate	<i>Ringel</i> (20)
5%	1 Jahr	<i>Tuckman & Youngman</i> (22)
8%	5–8 Jahre	<i>Motto</i> (16)
22%	1–20 Jahre	<i>Moss & Hamilton</i> (15)
10,9%	35 Jahre	<i>Dahlgren</i> (2)

Generell ist damit zu rechnen, daß unter denjenigen, die einen Suizidversuch überleben, 1–2% pro Jahr sich doch noch umbringen (*Perlin* und *Schmidt*, 19).

Das Selbstmordrisiko in der Population mit Suizidversuchen wird als 80–140mal höher eingeschätzt als das Selbstmordrisiko in der Normalbevölkerung.

Veränderungen reversibler und irreversibler Art, die dem Suizidversuch folgen

Aus der klinischen Erfahrung mit depressiven Suizidalen ist bekannt, daß in den ersten 4–5 Stunden nach dem Suizidversuch die Reserven der Patienten mobilisiert sind und sie oft gesünder wirken als sonst (siehe dazu Kiev [9], S. 456). Diese Beobachtung wird meist als eine Art Abreaktionsmechanismus angesehen, dem Suizidversuch wird ein kathartischer Effekt zugesprochen.

Psychoanalytisch läßt sich dieses Phänomen vom ökonomisch-energetischen Gesichtspunkt aus folgendermaßen umschreiben: In „Trauer und Melancholie“ meint Freud (5): „Der melancholische Komplex verhält sich wie eine offene Wunde, zieht von allen Seiten Besetzungsenergien an sich (die wir bei den Übertragungsneurosen ‚Gegenbesetzung‘ geheißen haben) und entleert das Ich bis zur völligen Verarmung“ (S. 440). Der Suizidversuch scheint, wenn man diesem Gedankengang folgt, zumindest vorübergehend eine „Aufhebung von Verdrängungsaufwänden“ zu erzielen, oder anders ausgedrückt, die Triebspannung muß nicht mehr mit Hilfe der Gegenbesetzungen abgewehrt werden, sondern ist in motorischer Aktivität, dem Suizidversuch, abgebaut worden. Damit gewinnt das Ich Energien zurück. Offen ist dabei, welchen Stellenwert diese wiedergewonnene Ich-Erweiterung bekommt. Erst nach Ablauf der ersten, kurzen, entspannten Phase nach dem Suizidversuch läßt sich beurteilen, was der Suizidversuch tatsächlich bewirkt hat. Theoretisch lassen sich zwei Extremfälle vorstellen:

1. Der Suizidversuch hat einen Teil einer Konfliktbewältigung übernommen. Mit Hilfe der Energien, die dem Ich wieder zur Verfügung stehen, gelingt eine Konfliktlösung. Es ließe sich quasi von einem „heilsamen Suizidversuch“ sprechen.

2. Der Suizidversuch bringt zwar einen vorübergehenden Aufschub, indem der Betreffende sich für eine gewisse Zeit innerlich und/oder äußerlich vom Konfliktherd zurückziehen kann, läßt die Konflikte jedoch unverändert, verschlimmert sie vielmehr. Hier wäre es ein „frustrierender Suizidversuch“, der die Hoffnungslosigkeit verstärkt und erneute selbstdestruktive Handlungsimpulse auslöst.

Bevor diese Suizidtypen näher beschrieben werden, ist noch kurz die Frage zu beantworten, wann Testaufnahmen nach einem Suizidversuch sinnvoll sind. Geht es darum, die energetischen Vorgänge um die Suizidhandlung zu klären, Suizidphantasien aufzuzeichnen, Familiengeschichten zu eruieren und ähnliches, dürfte es sich für den Forscher als günstig erweisen, den erleichterten Zugang zum Suizidalen in der ersten Zeit nach dem Suizidversuch zu nutzen.

Ist es hingegen wichtig, das neuerliche Suizidrisiko einzuschätzen, etwa im Hinblick auf einen Therapieplan, dann kann erst nach einigen Tagen, wenn wieder eine gewisse Normalisierung eingetreten ist, genaueres ausgesagt werden. Gerade zur Beurteilung der Auswirkungen des Suizidversuchs ist es notwendig, einen Einblick zu gewinnen, wie die psychische Organisation sich wieder einspielt.

Die Beschreibung von zwei konstruierten, extremen Verläufen eines Suizidversuchs sind als Überlegungshilfen für eine solche Beurteilung gedacht.

Ähnlich müßte auch die Phase vom Entschluß zur Suizidhandlung bis zur Tat, eine Spanne, die meist 4–6 Stunden dauert, differenziert beschrieben werden. Es wird beobachtet, daß die Gewißheit des Suizidärs, daß seine Konflikte mit dem Freitod enden, den Eindruck von Entspannung und Gelöstheit entstehen läßt.

Der Typus des „heilsamen Suizidversuchs“

Der Suizidversuch wird als eindeutiges Alarmsignal verstanden. Der Suizidale setzt ein Zeichen, sei es für sich oder für die Umwelt. Bei den von *Stengel* (21) beschriebenen Fällen, wo der Suizidale sich seiner physischen oder psychischen Krankheit bewußt wird, übernimmt die Suizidhandlung auf magische Art ein Stück progressiver Entwicklung zum Akzeptieren des realen Selbst. Die Selbstzerstörung verleugnet gleichzeitig die Ohnmacht vor dem Ausbrechen der Krankheit und befriedigt Allmachtswünsche, selbst das Schicksal in der Hand zu haben. Die Sicherheit, selbst noch handlungsfähig zu sein, erleichtert das Zulassen der eigenen Schwächen. Fremde Hilfe kann angeregt und aufgenommen werden. Dies gilt nicht nur für die Krankheiten, sondern besonders auch dann, wenn der Suizidversuch aus dem Druck einer an sich für den Betroffenen ungewohnten, bedrohlichen äußeren Lebenssituation erfolgt.

Litman und *Wold* (14) berichten, daß Menschen nach einem Suizidversuch in einer akuten Notsituation besonders gut von angebotener Hilfe profitieren können. Die erlittene Enttäuschung kann durch die Gewißheit, etwas in Gang gebracht zu haben, allmählich zugelassen und überwunden werden.

Die Fähigkeit zur Selbstheilung oder zum Auslösen wirksamer Hilfe setzt voraus, daß in der dem Suizid vorausgehenden Entwicklung ein gutes Stück realen Selbstvertrauens aufgebaut worden ist, auf das wieder zurückgegriffen werden kann. Dabei fällt es leichter, den Aspekt der normalen Entwicklung zu beschreiben als zu bestimmen, warum nun ausgerechnet Suizid als Symptom gewählt wird. Viel diskutiert ist die Frage, inwieweit die Symptomwahl Suizidhandlung ererbt oder familiär übernommen wird.

Im Sinn von *Klein* (10) läßt sich im nachsuizidalen Zustand von Wiederherstellung der internalisierten guten Objekte sprechen.

Nach *Kohut* (11) ließe sich erklären, daß die infantile Grandiosität zugunsten der Besetzung des realen Selbst schon einmal hat aufgegeben werden können, und daß sich dieser Prozeß im nachsuizidalen Zustand wiederholt.

Der Typus des „frustrierenden Suizidversuchs“

Der Suizidversuch ist ein Mittel, um einen chronischen Einengungsprozeß (*Ringel*, 20) abubrechen. Das Mißlingen des Suizidversuchs bringt die alte Misere zurück. Physische Auswirkungen des Suizidversuchs, wie Verletzungen und Intoxikationen, die offene oder versteckte Mißbilligung des suizidalen Akts durch die Umwelt, verschlimmern allenfalls noch die Situation.

Jacobs (8) beschreibt phänomenologisch 50 Jugendliche der Unterschicht, deren Suizidversuch die Dinge im wesentlichen unverändert ließ, oder weit häufiger die Probleme der Jugendlichen noch verschärfte. Diese Gruppe unterschied sich von einer Kontrollgruppe nicht durch Elternverlust in der frühen Kindheit oder durch zerrüttete Familienverhältnisse, sondern durch eine Häufung von Umweltveränderungen, sei es durch Partnerwechsel der Eltern, Orts- oder Schulwechsel. Der ständige Verlust geliebter Personen und vertrauter Umgebung führt zu einer zunehmenden Adaptionsunfähigkeit. Das Erlebnis, daß die aufgebauten Beziehungen sofort wieder zerstört werden, weckt Phantasien, selbst die Zerstörung zu verursachen. Solche negativen Größenphantasien erlauben es wenigstens teilweise, in der sich ständig verlierenden Welt die eigene Konstanz aufrecht zu erhalten. Eine solche „negative“ Identität verunmöglicht jedoch, sich aktiv gegen die erlebten Mißstände aufzulehnen, weil die eigene Aktivität gleichzeitig die letzten Bindungen zu vernichten droht, Straf- und Verfolgungsängste auslöst. Je stärker die Resignation und der Rückzug werden, desto stärker wird auch die Herausforderung, sich und die anderen zerstören zu müssen. Das Versagen der narzißtischen Objektbeziehung wird durch diese Erwartungshaltung geradezu heraufbeschworen. Dabei bezieht sich Objekt auf eine geliebte Person, aber auch auf eine an ihre Stelle gerückte Abstraktion, wie Freiheit, Revolution oder andere Ideale. Der Zusammenbruch der narzißtischen Objektbeziehung ist mit realen Größen nicht meßbar, der Verlust eines Partners, das schlechte Abschneiden bei einem Wettlauf, der Aufforderungscharakter eines herumliegenden Revolvers können gleichen Stellenwert haben. Der Suizidär vollzieht und schützt gleichzeitig die eigene grandiose „negative Identität“. Mißlingt ein Suizidversuch, so wird das früh erworbene Mißtrauen verstärkt, es dient dem Schutz vor einem Aufbau neuer Objektbeziehungen, die ohnehin enttäu-

schen müssen. Dies erschwert den Versuch eines therapeutischen Zugangs. *Henseler* (7) schreibt recht offen von den vielen Mißerfolgen und Therapieabbrüchen chronisch suizidaler Patienten. Die Unfähigkeit, den geplanten Suizid zu vollziehen, vermindert die eigene Selbstachtung in dem Sinn, daß die erworbene „negative Identität“ an Glanz einbüßt. Die eigene Konstanz kann oft paradoxerweise nur durch eine erneute Suizidhandlung hergestellt werden, Kontinuität wird zurückgewonnen, indem sie ausgelöscht wird.

Die Aufteilung in „heilsamen“ und „frustrierenden“ Suizidversuch impliziert, daß Suizidhandlungen durch unterschiedliche psychodynamische Prozesse ausgelöst werden. Einmal wird Suizidhandlung als akute Notfallreaktion beschrieben, zum anderen als Teil einer chronisch selbstdestruktiven Persönlichkeitsentwicklung. Die Wirkung der Suizidhandlung wird sowohl als konfliktlösend als auch als konfliktverstärkend qualifiziert. Hingegen ist nicht gemeint, daß in einem oder dem anderen Fall die Suizidabsicht ursprünglich geringer gewesen wäre (siehe dazu auch *Lester* und *Beck*, 12).

Der vorliegende Versuch, psychodynamische Prozesse nach einem Suizidversuch transparent zu machen, kann nicht den Anspruch auf Vollständigkeit oder Endgültigkeit erheben. Es fehlt hier die Diskussion, welches die Kräfte sind, die die Selbstdestruktion speisen, es fehlt auch eine brauchbare Erklärung, wie die Fragmentierung des Ich strukturell zu verstehen ist. *Litman* und *Tabachnik* (13) geben einen guten Überblick über die psychoanalytischen Selbstmordtheorien, ohne allerdings schon die Narzißmustheorien einbeziehen zu können.

Hier geht es vor allem darum, von moralisierenden Einordnungskriterien wie gesund und krank, demonstrativ und ernsthaft wegzukommen, zu verstehen, was ein Suizidversuch bedeutet.

Literatur

- (1) *Braun, C.*: Selbstmord. Goldmann, München 1971
- (2) *Dahlgren, K.G.*: Attempted Suicides 35 Years Afterwards. Abstracts 8th International Congress on Suicide Prevention, S. 32, Jerusalem 1975
- (3) *Dorpat, T.L., H.S. Ripley*: The Relationship between Attempted Suicide and Comitted Suicide. *Compr. Psychiatry* 8, No. 2, 1967, 74–79
- (4) *Farberow, N.L., E.S. Shneidman*: The Cry for Help. McGraw-Hill, New York 1959
- (5) *Freud, S.*: Trauer und Melancholie. *Ges. Werke* X, 427–446. Imago, London 1946
- (6) *Hendin, H.*: Growing up Dead: Student Suicide. In: *E.S. Shneidman* (ed.), *Suicidology, Contemporary Developments*. Grune & Stratton, New York 1976
- (7) *Henseler, H.*: Narzißtische Krisen, Zur Psychodynamik des Selbstmordes. rororo, Hamburg 1974
- (8) *Jacobs, J.*: Selbstmord bei Jugendlichen (1971), deutsch. Kösel, München 1974

- (9) *Kiev, A.*: Crisis Intervention and Suicide Prevention. In: *E.S. Shneidman* (ed.), *Suicidology, Contemporary Developments*. Grune & Stratton, New York 1976
- (10) *Klein, M.*: Mourning and its Relation to Manic-Depressive States, 1940, in the *Writings of M. Klein*, Vol. I. The Hogart Press, London 1975
- (11) *Kohut, H.*: The Analysis of the Self, Monograph Series of the Psychoanalytic Study of the Child, 4. The Hogart Press, London 1971
- (12) *Lester, D., A.T. Beck*: Completed Suicides and their Previous Attempts. *J. Clin. Psychol.*, Vol. 32, 3 (1976) 553 ff.
- (13) *Litman, R.E., N.D. Tabachnik*: Psychoanalytic Theories of Suicide. In: *H.L.P. Resnik* (ed.), *Suicidal Behaviours*. Little, Brown & Co., Boston 1968
- (14) *Litman, R.E., C.I. Wold*: Beyond Crisis Intervention. In: *E.S. Shneidman* (ed.), *Suicidology, Contemporary Developments*. Grune & Stratton, New York 1976
- (15) *Moss, L., D. Hamilton*: The Psychotherapy of the Suicidal Patient. *Am. J. Psychiat.* 112 (1956) 814
- (16) *Motto, J.A.*: Suicide Attempts, a Longitudinal View. *Arch. Gen. Psychiatr.* 13 (1965) 516
- (17) *Neuringer, C.*: Psychological Assessment of Suicidal Risk. Thomas, Springfield, Ill. 1974
- (18) *Pfaffenberger et al.*: Chronic Diseases, 1956, 1026–1036
- (19) *Perlin, S., C.W. Schmidt*: Psychiatry. In: *S. Perlin*, *A Handbook for the Study of Suicide*. Oxford University Press, New York 1975
- (20) *Ringel, E.*: Der Selbstmord. Maudrich, Wien 1952
- (21) *Stengel, E.*: Suicide and Attempted Suicide, Revised Ed. Penguin Books 1969
- (22) *Tuckman, J., W.F. Youngman*: Assessment of Suicide Risk in Attempted Suicides. In: *H.L.P. Resnik* (ed.), *Suicidal Behaviours*. Little, Brown & Co., Boston 1968
- (23) *Weisman, A.D., R. Kastenbaum*: The Psychological Autopsy: A Study of the Terminal Phase of Life. Behavioral Publications, New York 1968

Die Grenzen bei der Entwicklung spezifischer Tests zur Erfassung der Suizidalität

In den letzten Jahren sind die Hoffnungen, mit konventionellen psychologischen Tests könnte das Selbstmordrisiko bestimmt werden, immer geringer geworden (6). Viel Arbeit wird hingegen bei der Entwicklung von Skalen zur Bestimmung des Selbstmordrisikos geleistet. Demographische, soziale und klinische Daten werden dazu herangezogen. Diese Datenerhebung erfolgt durch Selbst- und Fremdeinschätzungen. Allerdings hat sich bisher noch keine dieser Skalen allgemein durchsetzen können (10).

Dies hängt mit besonderen methodologischen Schwierigkeiten zusammen, die sich bei der Validierung von Indikatoren zur Erfassung des Selbstmordrisikos stellen.

Probleme der Testkonstruktion

Jede Testkonstruktion steht vor der Aufgabe, ein möglichst praktisches und objektives Instrument zu schaffen. Nun zeigt sich, daß in der Praxis Instrumente mit großer Bandbreite und geringer Präzision beliebter sind, da sie sich vielfältig anwenden und anpassen lassen. Der theoretisch orientierte Psychologe hingegen benötigt ein Instrument mit geringer Bandbreite und hoher Präzision, um seine Aussagen objektivieren zu können. Meist muß zwischen diesen beiden Forderungen ein annehmbarer Kompromiß erreicht werden. Bei einem Test zur Erfassung der Suizidalität ist das Finden dieses Kompromisses erschwert. Allein die unterschiedliche Streuung von suizidalem Verhalten in allen Kulturen, sozialen Schichten, Altersklassen, bei beiden Geschlechtern, in allen klinisch-psychiatrischen Populationen verlangt ein Instrument von großer Flexibilität. Soll der Test vom Betroffenen selbst bewältigt werden können, muß er darauf Rücksicht nehmen, daß bei 40% aller Suizidalen ein depressives Zustandsbild beobachtet wird. Nur ein Test, der einfach und kurz ist und unabhängig von der verfügbaren Intelligenzleistung Ergebnisse aufweisen kann, ist überhaupt durchführbar. In der diagnostischen Praxis kann man beobachten, wie Persönlichkeitsinventare von Depressiven nur mühsam und nachlässig ausgefüllt werden, allenfalls sind Wahlverfahren, wie der *Szondi-Test* zu handhaben.

Damit liegt die Betonung aber deutlich auf der Seite der großen Bandbreite. Die gewünschte Differenzierungsfähigkeit und Präzision leiden. Nur wenn es gelingt, sich auf eine begrifflich eingeschränkte, im Verhalten operationalisierte Art der Suizidalität zu beschränken, sind Instrumente mit hinreichender Präzision konstruierbar.

Ein weiteres Anliegen der Testkonstruktion im klinisch-diagnostischen Bereich ist es, einen Test von mittlerer Reliabilität (Zuverlässigkeit) zu konstruieren. Er soll einerseits konstante Qualitäten mit genügender Zuverlässigkeit messen, andererseits aber auch erlauben, psychische Veränderungen in Längsschnittkontrollen zu erfassen. Die Forderung nach Stabilität (vergleichbare Resultate bei Testwiederholung) ist in Einklang zu bringen mit der Forderung, der Test solle psychische Entwicklungen aufzeigen.

In der Selbstmordforschung herrscht keine Einigkeit darüber, ob Suizidalität als ein Persönlichkeitscharakteristikum relativ stabiler Art oder als ein flüchtiges Symptom zu messen sei, oder ob beides gleichzeitig überprüft werden müßte.

Probleme der Validierung

Ein erstes Hindernis begegnet der Forschung darin, daß Suizid als Phänomen, gemessen am Verhalten der Gesamtbevölkerung, ein relativ seltenes Ereignis ist. Bei jeder Voraussage von seltenen Ereignissen ist mit einer großen Zahl falscher positiver Ergebnisse zu rechnen. *Rosen* (12) hat auf die Bedeutung dieser mathematisch begründeten Fehlerquelle hingewiesen und sie bei einem Validierungsversuch eines hypothetischen „Selbstmord-Aufspürungs-Index“ bei Psychiatriepatienten demonstriert. Es zeigt sich, daß dem Index kein praktischer Wert zukommen kann. Es wäre unmöglich, die gewaltige Zahl fälschlicherweise im Test positiv als potentielle Selbstmörder bewerteten Personen psychotherapeutisch zu behandeln.

Erhöht man, um diesem Dilemma zu entgehen, die „cutting line“ des Index, um so die Anzahl falscher positiver Ergebnisse zu drücken, kann erwartet werden, daß auch die Anzahl korrekt identifizierter suizidaler Patienten reduziert würde oder gar auf Null absinken könnte.

Eine andere Methode, die Fehlerquote zu verringern, wäre es, nur Untersuchungsgruppen mit den höchsten Suizidquoten zu verwenden. Hier stellen sich wiederum einige Probleme:

- a) Die Selbstmordrate könnte immer noch so niedrig sein, daß eine übertriebene Anzahl falscher positiver Ergebnisse dabei herauskäme.
- b) Ein gewichtiger Teil von Suizidalen könnte in der gewählten Population fehlen, sowohl wegen der begrenzten Reliabilität der gestellten Diagnose als auch wegen des Auftretens von Suizid in vielen anderen diagnostischen Kategorien.
- c) Es könnte sich als schwieriger erweisen, differenzierende Variablen zwischen suizidalen und nicht suizidalen Patienten in einer oder wenigen diagnostischen Gruppen zu finden als im Gesamt der psychiatrischen Population.

Immerhin wird der zweite Weg in der Praxis vermehrt beschritten. Wie schwierig dies ist, trotz verbesserter erhebungstechnischer und mathematischer Methoden, verdeutlicht die Konstruktionsarbeit an der Skala von *Motto* und *Heilbron* (10). In ausführlichen Interviews wurden 3.006 als schwer suizidal eingestufte Patienten aus 9 Kliniken San Franciscos untersucht. Nach drei Jahren hatten aus dieser Gruppe 68 Männer und 64 Frauen Suizid begangen, was den Erwartungen entsprach. Die Daten von 40 Männern und 42 Frauen wurden verwendet, um mit Hilfe von mathematischen Verfahren (linear logistic analysis/linear discriminant analysis) je einen Index für Männer und Frauen zu entwickeln. Die Daten von weiteren 28 Männern und 22 Frauen wurden als Validierungsset gebraucht.

Da die Ergebnisse der Validierung unbefriedigend waren, sollte versucht werden, Fehlerquellen zu berechnen. Es war z.B. nicht möglich, eine Wahr-

scheinlichkeitsrechnung der Fehlerquellen (Diskriminanzanalyse nach *Lachenbruch*) beim Validierungsset durchzuführen, wegen der zu geringen Anzahl der Versuchspersonen. *Motto* und *Heilbron* haben immerhin 3.006 Versuchspersonen erfassen müssen und ihre Gruppen nur nach Männern und Frauen getrennt. Man kann sich vorstellen, wie riesig die Datensammlung sein muß, wenn auch noch Untergruppen in einem solchen methodisch sauberen Experiment unterschieden werden sollten, etwa wie *Lettieri* (7) es vorschlägt, Skalen für Männer und Frauen in einzelnen Altersklassen getrennt.

Diese Frage leitet zum zweiten wesentlichen Hindernis, nämlich dem Problem der Wahl und Begründung des theoretischen Ansatzes beim Testaufbau über.

Für Selbstmordverhalten fehlt eine allgemein akzeptierte und umfassende Theorie. Über die Aussichten und Wege, wie diesem Dilemma abzuhefen sei, gibt es wenigstens zwei grundverschiedene Ansichten. Als Vertreter dieser beiden Lager sollen hier stellvertretend *Neuringer* (11) und *Henseler* (5) gelten.

Neuringer meint in seinem Schlußwort zu „Psychological Assessment of Suicide Risk“, 1974, daß die Erfassung des Selbstmordrisikos sich allein auf beobachtbares und vergleichbares Verhalten abstützen muß, statt aktiv aus mittelbaren theoretischen Konzepten abgeleitet zu werden. Er propagiert eine „Non-Theory of Suicide“, mit dem Argument, daß durch das Denken von Suizid als einer Einheit die Verführung groß ist, Selbstmord als Abnormalität aufzufassen statt als Symptom. Streng genommen ist *Neuringers* Non-Theory doch eine Theorie. Er schlägt vor, Suizidverhalten als Teil einer allgemeinen Hierarchie von Reaktionstendenzen aufzufassen, die durch eine Vielzahl von Bedingungen ausgelöst werden kann, ähnlich wie Angst. Für das spricht, daß diejenigen psychologischen Untersuchungstechniken, die nur aufgrund des Vergleichs von Verhalten Suizidaler und Nicht-suizidaler aufbauen, schlüssigere Resultate erzielen.

Henseler sieht diese Argumentation zwar, meint aber: „Die Tatsache, daß es durch statistische Verfahren abgesicherte Aussagen über die Suizidhandlung und suizidale Menschen allgemein gibt, weist darauf hin, daß die individuellen Unterschiede der einzelnen Menschen weniger gewichtig sind als ihre Gemeinsamkeiten, und daß auch Suizidhandlungen neben ihren individuellen Motivationen gleichartigen Bedingungen unterliegen. Es liegt also nahe zu postulieren, daß es so etwas wie eine ‚Psychodynamische Formel‘ (*Duehrssen*, 3) für die Suizidhandlung, eine allgemeine suizidale Psychodynamik gibt“ (S. 20).

Er weist darauf hin, daß alle wissenschaftlichen Untersuchungen eine Interpretation ihrer Ergebnisse verlangen. „Größenangaben als Resultate eines Experiments oder Zahlen mit Signifikanzberechnung als Befunde einer Statistik bedürfen der Deutung durch eine vorgegebene Theorie“

(S. 13). Er selbst geht den Weg der hermeneutischen Deutung (4) und meint, daß es Kriterien gibt, um bei der Interpretation psychischen Erlebens nicht ins Spekulieren zu geraten, auch dann, wenn Deutungen über relativ verhaltensnahe, leicht objektivierbare Beobachtungen hinausgehen. Für die testpsychologischen Methoden könnte das entweder heißen, daß die bisherigen testologischen Verfahren nicht geeignet sind, eventuell doch vorhandene gemeinsame Persönlichkeitszüge zu erfassen. Oder sie erfassen sie zwar, aber ihre Auswertungskriterien berücksichtigen nicht die gemeinsamen Persönlichkeitszüge. So könnte eine Optik zur Anwendung kommen, die der Psychologie der Suizidhandlung und der präsuizidalen Persönlichkeit nicht angemessen ist. Statt eines einheitlichen Bildes registriert man dann scheinbar unzusammenhängende Einzelheiten, die unter einer anderen Optik verschmelzen würden. *Henseler* selbst versucht eine Theorie zu entwickeln, die Suizid als Ergebnis narzißtischer Krisen versteht.

Beide Autoren versuchen das Festfahren der Theoriebildung und Untersuchungsmethoden in gewohnten Urteilen und Vorurteilen zur Suizidhandlung zu überwinden und neue Ansatzpunkte zu finden. Während *Neuringer* von der Sammlung von Verhaltensbeobachtungen ausgeht, steht am Beginn der Überlegungen von *Henseler* ein neuer Theorieansatz.

Verhaltensbeobachtungen brauchen Interpretation – Theoriebildungen Nachweis im Verhalten. Von daher gesehen müßten die beiden Ansätze sich nicht wesensfremd gegenüber stehen, insbesondere in bezug auf die Wahl der Validierungsart, die im folgenden diskutiert wird.

Im Konzept der „construct validity“ (*Cronbach*, 1) wird ein Zusammengehen von Verhaltensbeobachtung und Theorie geradezu für die Prüfung der Aussagequalität psychologischer Tests postuliert.

Konstrukt-Validität wird evaluiert, wenn die psychologischen Qualitäten, die ein Test mißt, erforscht werden, d.h. durch den Nachweis, daß gewisse erklärende Konstrukte, Theorien in gewissem Maß verantwortlich sind für das Verhalten im Test.

Bei *Neuringer* hieße das Konstrukt „general suicide response tendency hierarchy“, bei *Henseler* „Lösungsmuster narzißtischer Krisen“. Im wesentlichen wird bei Nachweis von Konstrukt-Validität durch logische und empirische Folgerungen die Theorie, die hinter dem Test steht, validiert. Konstrukt-Validität ist ein komplexes Verfahren, das dann eingesetzt wird, wenn kein adäquates Kriterium zur Verfügung steht für die Qualität, die den Tester interessiert.

Eine solche hypothetische psychische Qualität kann eben von besonderer Relevanz sein für das tatsächliche Verhalten, muß aber nicht logisch zwingend im Verhalten als äquivalente meßbare Größe auffindbar sein. Das postulierte Einsamkeitsgefühl bei Suizidalen kann sich z.B. äußern durch Tränen, Rückzug, Kränkbarkeit, sich aber auch verstecken hinter dem Ideal des autarken Individualisten, übertrieben abwehrendem Witzigsein, also verschiedenen Verhaltensweisen.

Der Nachweis von Konstrukt-Validität ist nicht gebunden an einen Koeffizienten oder ähnliches, sondern wird nach und nach vollzogen in einem dynamischen Prozeß von Übereinstimmung und Nichtübereinstimmung, bei dem sowohl Theorie als auch der Test geprüft und modifiziert werden.

Von *Neuringer* her stellt sich z.B. die Frage, was bedeuten die von ihm gelobten Ergebnisse wie *Martins* Check List (9) für den Rorschach und *Devries'* items (2) für den MMPI psychologisch. Von *Henseler* her stellt sich die Frage, hält seine Theorie mit anderen Forschungsmethoden als dem psychoanalytischen Interview stand. Im ORT, den er anzuwenden versuchte, ergeben sich z.B. wenig Hinweise.

Die Konstrukt-Validierung erscheint bei der Überprüfung der Aussagen über mögliche Suizidalität das komplexeste, aber auch aussichtsreichste Verfahren. Die anderen möglichen kriterienorientierten Validierungsarten sind mit folgenden Schwierigkeiten verbunden:

Predictive Validity. Die Vorhersage-Validität wird evaluiert, indem für eine vom Test abgeleitete Voraussage in der darauffolgenden Zeit Beweismaterial gesucht wird. Meist werden Testdaten mit bestimmten Kriteriendaten korreliert. Prognosen werden in einem weiten Bereich psychodiagnostischer Aussagen gemacht, wie Voraussage von Schul- oder Berufserfolg, Therapieentwicklung, hier der Selbstmordgefährdung. Meist entzündet sich an der Qualität des Kriteriums ein methodischer Streit. Bei der Vorhersage von Selbstmordwahrscheinlichkeit bereitet die Wahl adäquater Kriterien deshalb Schwierigkeiten, weil eine große Zahl unbekannter, undefinierbarer und unkontrollierbarer Variablen das Ergebnis beeinflussen können, etwa Ereignisse, die von der sozialen Wirklichkeit stärker abhängig sind als vom beurteilten Individuum. Es ist nicht ohne weiteres möglich, dann einfach den vollzogenen Selbstmord als adäquates Kriterium zu benutzen. Bei Selbstmordverhalten geht es ja gerade darum, das prognostizierte Verhalten nicht eintreten zu lassen. Personen, die im Test als suizidgefährdet auffallen, wird in der Regel Hilfe und Behandlung zumindest angeboten und vermittelt. Bei der oben beschriebenen Untersuchung von *Motto* und *Heilbron* zeigte sich etwa, daß unter denjenigen Versuchspersonen, die an einer ambulanten Gruppentherapie teilgenommen hatten, weniger Selbstmordfälle zu registrieren waren als bei anderen Behandlungsarten. Diese Therapiemöglichkeit war im Laufe der dreijährigen Beobachtungszeit erst neu eingeführt worden, und die Effekte waren bei der Erhebung der Untersuchungsdaten unbekannt. Auch wenn zur besseren Kontrolle verschiedene Therapieangebote gemacht werden (*Litman*, 8), ist es schwer möglich, Voraussagequalität und Therapieeffekt getrennt zu beurteilen.

Concurrent Validity. „Gleichwertigkeits-Validität“ wird evaluiert, indem gezeigt wird, wie gut Testdaten den Daten von gleichzeitigem Kriteriums-

verhalten oder -status entsprechen. Diese Übereinstimmung wird benötigt in Studien, die feststellen, ob ein Test gegenwärtig definierbare Gruppen unterscheiden kann, etwa zur Trennung verschiedener psychiatrischer Populationen. Hier geht es z.B. um die Differentialdiagnose von suizidalen versus nicht suizidalen Patientengruppen. Oder es kann wichtig sein, verschiedene suizidale Untergruppen untereinander und von einer Kontrollgruppe zu unterscheiden. Tests, die concurrent validity nachweisen, haben jedoch nicht automatisch prognostischen Wert. Große Schwierigkeiten bereitet bei der Fragestellung Suizidalität die Definitionen der Untersuchungsgruppen. Unter suizidalem Verhalten kann von Selbstmordphantasien, über Selbstverletzungen, unbewußte Selbstmordhandlung, wie Autounfälle, Selbstmorddrohung, Selbstmordversuch und schließlich Selbstmord hin bis zu tödlich verlaufenden Suchtformen jedes autoaggressive Verhalten verstanden werden. *Neuringer* meint dazu, daß die Verschwommenheit der Definition von Suizidalität unvermeidlich ist, solange Unklarheit darüber besteht, was eigentlich untersucht wird. Damit die getroffenen Definitionen aber nicht angreifbar sind, werden sie oft nur indirekt vorgenommen, es werden psychiatrisch-klinische Einschätzungen gemacht für die gegenüber gestellten Gruppen. Dies hat zur Folge, daß Wiederholungen von Experimenten nur schon aus Gründen der unterschiedlichen Psychiatriepraxis fehlschlagen können. Dies zeigt sich besonders deutlich bei Forschungsprojekten mit suizidalen Untergruppen. Hier werden eine Fülle von Unterscheidungsmerkmalen genutzt, ernsthafte gegen nicht ernsthafte Selbstmordversuche, Drohungen, demonstrative Selbstmordhaltung, echte Selbstmorde usw. Hinzu kommt, daß die Definition der Kontrollgruppe ohne suizidales Verhalten oft mindestens so schwierig ist, denn die Kriterien, warum jemand nicht suizidal wird, sind ebensowenig geklärt wie die Kriterien der Suizidalität.

Zusammenfassung

Bei der Entwicklung von Indikatoren zur Abklärung der Suizidwahrscheinlichkeit stellt sich das prinzipielle Problem, daß ein einzelnes Testinstrument kaum in der Lage sein dürfte, alle wünschbaren Qualitäten in sich zu vereinen. Es ist schwerlich vorstellbar, einen Test konstruieren zu können, der die unterschiedlichen Suizidalen erreicht, leicht handhabbar ist, genügend differenzierte Informationen liefert und sowohl stabile Persönlichkeitsmerkmale als auch Entwicklungslinien aufzuzeichnen imstande wäre. Es ist vielmehr denkbar, daß ein so vielschichtiges Problem, wie das der Suizidalität, mit einer spezifischen Testbatterie anzugehen ist, wo aus der Übereinstimmung oder Nichtübereinstimmung von Daten aus Tests unterschiedlicher Bandbreite und Präzision und mit verschieden hoher Reliabilität erst die Suizidwahrscheinlichkeit in einem stufenweisen Vorgehen erschlossen werden kann.

Verbunden mit diesen Vorstellungen zur Testkonstruktion ist auch die Überzeugung, daß die zu wählende Validierungsstrategie komplex angelegt sein muß, im Sinn der Konstrukt-Validierung. Testtheorie und Erprobung möglicher Indikatoren können sich so wechselseitig beeinflussen und verbessern allmählich das Verständnis für Suizidalität.

Die Meinung, daß auf einen solchen langfristigen Prozeß hingearbeitet werden müßte, beinhaltet jedoch nicht, daß damit prinzipielle Schwierigkeiten bereits aus dem Weg geräumt wären, wie etwa die fehlerhafte Voraussage aller relativ seltenen Ereignisse.

Inwieweit konventionelle Testindikatoren aussichtsreich in eine zukünftige Testbatterie übernommen werden könnten, soll in der folgenden Darstellung bisheriger Forschung und klinischer Praxis geklärt werden.

Literatur

- (1) *Cronbach, L.J.*: Essentials of Psychological Testing. Harper & Row, New York, 3rd ed. 1970
- (2) *Devries, A.G.*: s. Literatur zu Persönlichkeitsfragebogen
- (3) *Duehrssen, A.*: Zum Problem des Selbstmordes bei jungen Mädchen. Verlag für Medizin, Psychol., Göttingen 1967
- (4) *Gadamer, H.G.*: Wahrheit und Methode – Anwendungen einer philosophischen Hermeneutik. Mohr und Siebeck, Tübingen 1965
- (5) *Henseler, H.*: Narzißtische Krisen, Zur Psychodynamik des Selbstmords. rororo Studium, Hamburg 1974
- (6) *Lester, G., D. Lester*: Suicide, The Gamble with Death. Prentice Hall Inc., Englewood Cliffs, New Jersey 1971
- (7) *Lettieri, D.J.*: Research Issues in Developing Prediction Scales. In: *Ch. Neuringer* (ed.), Psychological Assessment of Suicidal Risk. Charles C. Thomas, Springfield, Ill. 1974
- (8) *Litman, R.E., C.I. Wold*: Beyond Crisis Intervention, 18. In: *E.S. Shneidman* (ed.), Suicidology, Contemporary Developments. Grune & Stratton, New York 1976
- (9) *Martin, H.A.*: A Rorschach Study of Suicide. Unpublished doctoral dissertation. University of Kentucky 1951
- (10) *Motto, J.A., D.C. Heilbron*: Development and Validation of Scales for Estimation of Suicide Risk, 5. In: *E.S. Shneidman* (ed.), Suicidology, Contemporary Developments. Grune & Stratton, New York 1976
- (11) *Neuringer, Ch.*: Conclusion, Psychological Assessment of Suicidal Risk. Charles C. Thomas, Springfield, Ill. 1974
- (12) *Rosen, A.*: Detection of Suicidal Patients, An Example of some Limitations in the Prediction of Infrequent Events. J. Cons. Psychol., Vol. 18, No. 6, 1954

2. Überblick über die empirischen Untersuchungen mit Testverfahren zur Erfassung der Suizidalität

Intelligenz- und Leistungstests

Kein anderes Instrument der Psychodiagnostik hat sowohl im Bereich der empirisch-psychologischen Forschung als auch im Bereich der psychologischen Popularisierung soviel Aufmerksamkeit auf sich gezogen wie der Intelligenztest. Es ist deshalb erstaunlich, wie erst in neuester Zeit Arbeiten zur Untersuchung der kognitiven Organisation bei Suizidalen entstehen.

Seit den Entwicklungsarbeiten an Test für Schulkinder von *Binet* (2, 1903) werden komplexe Testsysteme zur Intelligenzmessung verwendet. Die grundlegende Idee, die verschiedenen Teilbereiche der Intelligenz mit Hilfe von Aufgabenreihen zu überprüfen, ist bis heute beibehalten worden. Ebenso aufrecht erhalten hat sich das Prinzip, die geprüfte Intelligenzleistung der Testperson zu gewichten, die Gesamtleistung zu bewerten und mit der Normalleistung Gleichaltriger zu vergleichen. Der Intelligenzquotient (IQ) ist eine Maßeinheit dieses Vergleichs. Aufgrund der Werte für die einzelnen Aufgabenreihen oder Untertests und des IQ kann dann eine Interpretation der Intelligenzhöhe sowie der intellektuellen Qualitäten der Testperson vorgenommen werden. Seit den zwanziger Jahren wurden die Testsysteme auch für den Erwachsenenbereich anwendbar gemacht. Effizientere Systeme wurden eingeführt, es gab Verbesserungen bei der Erhebung der Normen. Am Verfahren selbst hat sich jedoch wenig geändert. Im Erwachsenenbereich ist heute das Testsystem von *Wechsler* (21) am meisten verbreitet, in seiner verbesserten Version von 1955 (WAIS, Wechsler-Adult-Intelligence-Scale). Die deutsche Fassung wurde 1956 als HAWIE (Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene) eingeführt.

Eine Vielzahl testpsychologischer Arbeiten, die sich mit dem Selbstmordproblem befassen, benützen den Test von *Wechsler* als ein Hilfsmittel, um die verschiedenen Untersuchungsgruppen auf ihre Vergleichbarkeit hin zu überprüfen. Manchmal gilt es auch Versuchspersonen auszusieben, die hinsichtlich ihrer intellektuellen Leistungsfähigkeit den Ansprüchen der Untersuchung nicht genügen können.

Damit folgen diese Arbeiten den Forschungsgepflogenheiten, als Maß für Gruppenvergleiche auch ein Intelligenzmaß anzugeben.

Suizidale erweisen sich in bezug auf allgemeine Intelligenz als durchaus vergleichbar mit anderen Gruppen. *Quatember* (15) findet bei einer Untersuchung an 260 Suizidalen eine Normalverteilung der Intelligenz nach HAWIE und schreibt: „Das klinisch beobachtete präsuizidale Syndrom und dessen klinisch-psychologische, testmäßig festgestellte Phä-

nomenologie waren vom Intelligenzgrad des Patienten unabhängig." Meist werden für den benötigten Gruppenvergleich nicht der WAIS oder HAWIE in voller Länge aufgenommen, sondern es werden nur diejenigen Untertests verwendet, die durch affektive Störungen am wenigsten beeinflusst werden, wie der Wortschatztest. Diese Wahl folgt der allgemeinen Erfahrung, die *Rabin* (16, S. 477) zusammenfaßt: „Der Wortschatztest bleibt bei psychischen Störungen relativ unverändert und eignet sich deshalb als Index der potentiellen oder prämorbid Intelligenz." Dieses Vorgehen spart Forschungsarbeit.

Wenn bewußt vermieden wird, daß die Gruppe der Suizidalen bei der Intelligenzmessung auffällige Merkmale zeigt, dann müßte hinter diesem Vorgehen die relativ sichere Annahme stehen, Intelligenz sei in bezug auf das Selbstmordverhalten eine zu vernachlässigende oder gar irrelevante Größe. Diese Hypothese ist aber auch theoretisch schwer haltbar, wenn man die *Wechsler*sche Intelligenzdefinition annimmt: „Intelligenz ist eine zusammengesetzte oder globale Fähigkeit des Individuums, zielgerichtet zu handeln, rational zu denken und sich wirkungsvoll mit der Umwelt auseinanderzusetzen" (21, S. 13).

Es läßt sich fragen, wie steht es bei Suizidanten mit den genannten Fähigkeiten:

– Sind Suizidale in der Lage, zielgerichtet zu handeln? Ohne ausreichende organisatorische und praktische Fähigkeiten lassen sich Selbstmordabsichten nicht verwirklichen. Wie zielsicher das geschieht, ist abhängig von der Wahl der Selbstmordart. Die Überlegung, ob Suizid das eigentlich anvisierte Ziel ist, erweitert und kompliziert jedoch diese Frage. Wenn der Suizid das anvisierte Ziel ist, unterscheiden sich vermutlich Suizidale und Nicht-suizidale kaum hinsichtlich ihrer Handlungsfähigkeit; wenn aber nicht, dann spricht allein die Tatsache, daß Selbstmord nötig erscheint, für einen Defekt planerischen Vermögens.

– Sind Suizidale in der Lage, rational zu denken? Suizid wird in traditionellen Erklärungsversuchen oft als das Ergebnis einer unbewußten, irrationalen und unangepaßten oder impulsiven Handlung angesehen. An dieser Einstellung läßt sich Kritik üben, etwa mit dem Hinweis auf Fälle von unheilbar Kranken, die ihren Schmerzen ein Ende bereiten möchten, solange sie selbst noch dazu imstande sind.

Setzt man rational aber nicht einfach gleich mit bewußt, sondern überlegt, wie diese Vernunftgründe zustande kommen, welcher Art von Denken sie entspringen, so läßt sich vermuten, daß die kognitiven Möglichkeiten von Suizidären in charakteristischer Weise mehr oder weniger eingeengt sind. Gemeinhin wird angenommen, Suizidäre seien wegen ihres rigiden Denkens in ihrer intellektuellen Kapazität und Anpassung eingeschränkt. Denk- und Entscheidungsmodelle nach dem Alles-oder-Nichts-Prinzip verhindern, daß Alternativen entwickelt werden können.

– Sind Suizidale in der Lage, sich wirkungsvoll mit ihrer Umwelt auseinanderzusetzen? Da Suizidanten die Wirkung ihrer Tat nicht mehr selbst prüfen und regulieren können, bleibt selbst ein gezielter Protestakt meist ohne nachhaltige Wirkung. Die soziale Intelligenz, die Auseinandersetzung mit der Umwelt wird aufgekündigt. Es läßt sich annehmen, daß geradezu das Versagen der Umweltbeziehungen im Suizid manifestiert wird.

Von diesen theoretischen Überlegungen her müßten die Intelligenzleistungen von Suizidalen spezifisch eingeschränkt sein.

Erst nachdem solche Hypothesen mit anderen Methoden der Intelligenzmessung empirisch überprüft worden waren, und es sich herausstellte, daß an Ansichten, Suizidale denken rigide, sie haben Mühe umzustrukturieren, sie verfügen nur über einen eingengten Konzeptualisierungsspielraum, einiges richtig ist, konnten auch im Wechsler-Test Leistungsschwächen bei Suizidalen entdeckt werden.

Levenson und *Neuringer* (7) stellten bei suizidalen Jugendlichen fest, daß sie Störungen im Problemlösungsverhalten zeigten. Geprüft wurde der Untertest rechnerisches Denken des WAIS. Hier waren die suizidalen Jugendlichen in ihren Leistungen deutlich schlechter als eine Kontrollgruppe.

In einer weiteren Untersuchung (8) wurde Testmaterial von 84 männlichen Personen ausgewertet, die nach der Testaufnahme einen Selbstmord begangen hatten. Es stellte sich heraus, daß die Summe der Wertpunkte für die Untertests Bilderergänzen, Mosaiktest und Figurenlegen signifikant niedrigere Werte zeigten als die der Kontrollgruppe.

Die folgenden Überlegungen sollen klären, warum es so lange gedauert hat und so schwierig ist, im Wechsler-Test Leistungsstörungen bei Suizidalen nachzuweisen.

1. Beim Test von *Wechsler* geht es um die Aufdeckung von globalen Fähigkeiten. Es ist wahrscheinlich, daß das spezifische intellektuelle Absinken bei suizidalem Verhalten in der Gesamtbeurteilung zuwenig ins Gewicht fällt. Der Handlungs-IQ ist teilweise etwas niedriger, aber doch noch im Rahmen der Erwartung. Solange die Forschungsaktivitäten sich auf die IQ-Werte abstützen, besteht wohl auch kein Unterschied zwischen Suizidalen und Nichtsuizidalen in bezug auf die Normalverteilung.

2. Hinsichtlich der *Wechsler'schen* Erwartung „Intelligenztests messen mehr als reine Lern-, Denk- oder selbst allgemeine Fähigkeiten“ (1956, S. 22) ist eine gewisse Skepsis aufgekommen. Die Aufgaben werden beispielsweise als zu schulnah, bildungsabhängig kritisiert.

Dennoch, die von *Shafer*, 1946 (18), vorgeschlagenen Auswertungsverfahren zur Erforschung der Persönlichkeitsstruktur von Anpassung oder Fehlanpassung, haben einen gewissen Wert behalten. Der Tester kann wichtige Aufschlüsse und Hinweise bekommen, wenn er die Verteilung der einzelnen Untertests untersucht (scatter analysis). Er hat die Möglichkeit, die

Untertests miteinander zu vergleichen, die auf Störungen empfindlich reagieren und die, die relativ stabil bleiben (indices of deficit or deterioration). Er ist in der Lage zu beobachten, ob sich bei der Lösung der verschiedenen Items eines Untertests Auffälligkeiten zeigen (intratest scatter item analysis). Er vermag auf die Art und Weise zu achten, wie verbalisiert wird (manner of verbalizing).

Erst durch ein solches Vorgehen lassen sich differentialdiagnostische Schlüsse ziehen. Diese Auswertungsverfahren sind aber in stärkerem Maße vom Testleiter, dessen Beobachtungsgabe und Gutachtentechnik abhängig als die Errechnung der IQ-Werte und vorgegebener Indices. Deshalb sind Forschungsergebnisse hier oft widersprüchlich und ohne Beweiskraft (*Rabin*, 16).

Es besteht also beim Wechsler-Test für die Selbstmordforschung das Dilemma, entweder über das Intelligenzverhalten von Suizidalen mit relativ objektiven, gesicherten verallgemeinernden Berechnungen wenig aussagen zu können, oder zu interpretativen Schlüssen zu kommen, mit aufschlußreichen, aber relativ anfechtbaren Methoden.

Im folgenden sollen die Untersuchungen und Verfahren dargestellt werden, mit denen es in den letzten Jahren besser gelungen ist, einige Arbeits-hypothesen zur kognitiven Organisation bei Suizidalen empirisch zu überprüfen. Diese Hypothesen lauten:

1. Das rigide, eingeeengte Denken

Suizidale neigen zu rigidem Denken, sie verfügen nur über ein eingeschränktes Feld von Konzeptualisierungsmöglichkeiten. Damit korrelierend sind sie in einem eingeeengten Wahrnehmungsfeld verhaftet.

Es ist bekannt, daß es Menschen gibt, die besondere Schwierigkeiten haben, ihr gewohntes Denken wenn nötig zu verändern. Man weiß, daß sich unter Streß, bei erhöhter Angst Rigidität verstärkt. Die Ansicht, rigides Denken sei mit selbstdestruktivem Verhalten verknüpft, wie sie von *Menninger* (5) und *Shneidman* (19, 20) vertreten wird, versuchten besonders *Neuringer* und *Levenson* (6–13) empirisch zu überprüfen. *Neuringer* (9) testete mit der *California F-Scale* (1) und dem *Rokeach Map Reading Problem Test* (17) drei Gruppen von Patienten, Suizidale, Psychosomatiker und Akutspitalpatienten. Die *California F-Scale* soll Rigidität im gewohnten Sozialverhalten nachweisen.

Dabei wird die Versuchsperson aufgefordert, zu 29 Aussagen auf einer 7 Punkte-Skala anzugeben, wie einverstanden sie mit der jeweiligen Aussage ist.

Der *Rokeach MRPT* wurde entworfen, um die Fähigkeit zu prüfen, von einem früher erfolgreichen Problemlösungsverhalten, wenn es angezeigt ist, abzugehen und zu neuen Lösungen überzuwechseln.

Auf Straßenkarten ist die kürzeste Verbindung zwischen 2 gegebenen Punkten anzugeben. In jeder Zehnerserie wird die gleiche Karte mit veränderten Straßennamen präsentiert. Auf 7 Karten sind unbrauchbare Sackgassen. Rigidität wird angenommen, wenn die Versuchsperson bei 5 Serien nicht ein einziges Mal bei den Sackgassen zum kürzesten Weg überwechselt.

Aufgrund dieser Untersuchungen zeigte sich, daß die Gruppe mit den Suizidalen wesentlich höhere Rigiditätswerte erreichte als die beiden anderen Vergleichsgruppen (signifikant $p. < .01$). Für die Vergleichsgruppen ergaben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Eine Untersuchung mit dem *Rokeach MRPT* wurde bei suizidalen Jugendlichen wiederholt (7) und brachte eine Bestätigung der ursprünglichen Resultate.

Levenson (6) ging bei seiner Forschung noch weiter und untersuchte den als Folge ihres rigiden Denkens begrenzten Konzeptualisierungsspielraum von Suizidalen. Er prüft das Vermögen, innerhalb einer vorgegebenen Struktur den Bezugsrahmen zu wechseln, umzustrukturieren. Ihm geht es aber auch um die Fähigkeit, die Umgebung in einer reichen und flexiblen Art und Weise zu erleben.

Er untersuchte mit dem *Unusual Uses Test* und dem *Word Association Test* von *Getzel* und *Jackson* (4) Patienten nach ernsthaften Suizidversuchen, nichtsuizidale Psychiatriepatienten und normale Personen. Im *Unusual Uses Test* sollen die Versuchspersonen möglichst viele Verwendungsmöglichkeiten für gewöhnliche Gebrauchsgegenstände notieren. Beim *Word Association Test* gilt es, für 25 Worte möglichst viele Bedeutungen aufzuschreiben.

Bei beiden Testverfahren zeigte sich eine bestimmte Hierarchie der Gruppenleistungen; die Gruppe der Suizidalen schnitt signifikant schlechter ab als die Kontrollgruppen, die Gruppe der Psychiatriepatienten schnitt signifikant schlechter ab als die normalen Personen. Es zeigte sich, daß der Verlust von kreativer Flexibilität und die Einengung des Konzeptualisierungsspielraums wesentliche Unterscheidungskriterien zwischen Suizidalen und Nichtsuizidalen sind.

In zwei weiteren Untersuchungen mit den gleichen Untersuchungsgruppen ging *Levenson* dem Problem nach, inwiefern die im Denken beobachtete Rigidität und Einengung in Zusammenhang steht mit Störungen des Wahrnehmungsprozesses.

Mit dem *Perceptual Span Test* (3) konnte er aufzeigen, daß suizidale Versuchspersonen nicht in der Lage waren, Stimuli an der Peripherie ihres visuellen Feldes wahrzunehmen. Im weiteren gelang es ihm mit dem *Rod and Frame Test* (3) nachzuweisen, daß seine Hypothese der erhöhten Feldabhängigkeit bei Suizidalen zutrifft. Der Begriff der Feldabhängigkeit ist aus der Gestaltpsychologie von *Witkin* übernommen; er meint den Grad, bis zu dem eine Person für seine Schlüsse auf das visuelle Feld angewiesen ist.

Den suizidalen Versuchspersonen fiel es schwer, einen drehbaren erleuchteten Stab mit Hilfe von Instrumenten in eine senkrechte Position zu bewegen, wenn dieser in einem dunklen Raum in verschiedenen Positionen dargeboten wurde. Sobald visuelle Vergleichsreize ausfielen und auf andere Anhaltspunkte, wie das Körpergefühl, abgestellt werden mußte, konnten sich die suizidalen Versuchspersonen nicht umstellen.

Zusammenfassung

Untersuchungen zum rigiden Denken und zur Einengung der Konzeptualisierungsmöglichkeiten haben die ursprüngliche Hypothese bestätigt: „Suizidale neigen zu rigidem Denken, sie verfügen nur über einen eingeschränkten Konzeptualisierungsspielraum und sind damit korrelierend in einem eingeeengten Wahrnehmungsfeld verhaftet.“

Aufgrund der aufgeführten Tests ist es allerdings schwierig, differentialdiagnostisch Suizidalität von hirnorganischen Beeinträchtigungen zu unterscheiden. Das Absinken der drei Untertests im Handlungsteil des HAWIE kann in beiden Richtungen interpretiert werden. *Lerenson* diskutiert für den *Rod and Frame Test* den Vergleich von Suizidalen und Alkoholikern, bei denen ebenfalls ein hohes Maß an Feldabhängigkeit festgestellt wurde. Erstaunlicherweise erwiesen sich die Ergebnisse der Suizidalen als noch schlechter als die der Alkoholiker.

Offen ist, wie die vorliegenden Ergebnisse zu interpretieren sind, ob von einer suizidalen Disposition gesprochen werden kann, als angeborener kognitiver Adaptionsschwäche, oder ob solche Phänomene als Ausdruck eines permanenten Streßzustandes zu werten sind.

Die Schwierigkeit der Suizidalen, sich umzuorientieren, läßt sich mit der *Durkheimschen* Anomiehypothese in Zusammenhang bringen. Das Ansteigen der Selbstmordrate in Zeiten verstärkter Umwälzung des gesellschaftlichen Systems wird verständlich, weil gerade in Zeiten des Umbruchs Umstellfähigkeit zum Weiterleben notwendig ist. Für solche Individuen, die sich nicht umorientieren können, werden plötzliche kollektive Veränderungen zum Verhängnis.

2. Das dichotomische Denken

In verschiedenen Untersuchungen wurde versucht, *Shneidmans* Modell (19, 20) des dichotomischen Denkens bei Suizidalen zu überprüfen. *Shneidman* ging von der Hypothese aus, daß Denken in absoluten Vorstellungen von Entweder-Oder-Kategorien zu einer tödlichen Gefahr werden kann, weil dies verhindert, daß Alternativen in einer bedrohlichen Situation erkannt werden können. Es bleibt dann nur die Aussicht auf totale Rettung oder Suizid.

Neuringer (10) untersuchte dichotomisches Denken bei drei Versuchsgruppen, Personen nach Suizidversuch, Psychosomatikern und Kontrollpersonen, mit dem Semantischen Differential nach *Osgood* (14). Das Semantische Differential ist eine Technik, um Meinungen zu messen. Es wird eine Reihe von siebenstufigen, bipolaren Skalen benutzt. Die Versuchsperson wird aufgefordert, die zu messenden Konzepte einzustufen und anzugeben, welchen Platz sie ihnen gefühlsmäßig einräumt. *Neuringer* wählte nach Möglichkeit für Suizidale bedeutsame Konzepte wie Gott, Mutter, Erfolg, Selbstmord, um eindeutige Aussagen zu provozieren. Im allgemeinen geben die Skalen drei Typen von Faktorendimensionen wieder: 1. Einen Wertungsfaktor, ist das Konzept gut oder böse, 2. einen Aktivitätsfaktor, ist das Konzept aktiv oder passiv, 3. einen Potenzfaktor, ist das Konzept mächtig oder ohnmächtig. Interessant ist dabei besonders die Art und Weise, wie bewertet wird, wie die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten genutzt werden. Dichotomisches Denken sollte sich erstens bei einseitiger Benutzung extremer Bewertungsstufen zeigen. Zum zweiten sollte dichotomisches Denken an der Wertdifferenz zweier semantisch gegensätzlicher Konzepte ablesbar sein; bewertet wurde z.B. das Auseinanderklaffen in der Beurteilung von Gott und Teufel, Liebe und Haß.

Es zeigte sich, daß die Patientengruppen, im Vergleich zur Kontrollgruppe, für alle Skalen, die den Wertungsfaktor beinhalteten, erhöhtes dichotomisches Denken erkennen ließen. Bei allen Patienten ließ sich feststellen, wie sehr sie in gut und böse aufspalteten und extrem bewerteten. Besonders eindrücklich jedoch zeigte sich bei der Gruppe mit Suizidversuch für die Skalen des Aktivitäts- und Potenzfaktors starkes dichotomisches Denken. Suizidale erleben Dinge, Ideen und Menschen als entweder aktiv, mächtig und einflußreich oder als passiv, schwach und unfähig.

In einer weiteren, methodisch verbesserten Untersuchung, bei der die Konzepte noch genauer für Suizidale wesentliches ansprachen, ließ sich für alle drei Faktoren erhöhtes dichotomisches Denken bei der Gruppe der ernsthaften Suizidversuche feststellen.

Neuringer und *Lettieri* (13) untersuchten während drei Wochen nach einem Suizidversuch täglich die Meinungen ihrer Patienten. Sie hatten eine Einstufung nach dem Selbstmordrisiko vorgenommen und dabei vier Untergruppen erstellt. Es zeigte sich, daß die Gruppe mit dem höchsten Selbstmordrisiko eindeutig extremeres dichotomisches Denken erkennen ließ als alle anderen Versuchsgruppen, und daß besonders ihre Meinung zu Leben und Tod extrem polarisiert war. Während der Dauer der Beobachtungen blieben diese Ergebnisse konstant.

Zusammenfassung

Neuringer meint, man müsse vielleicht akzeptieren, daß es Menschen gibt, deren eigene kognitive Organisation sie zwingt, vieles als traumatisch, un-

lösbar, endlos zu kategorisieren und sie letztlich in den Suizid treibt. Was die Schlußfolgerung von *Neuringer* betrifft, so scheint sie mir verfrüht. Die ursprüngliche Hypothese generellen dichotomischen Denkens von Suizidalen hat sich ja nicht bestätigen lassen. Es ist völlig ungeklärt, inwiefern etwa persönlich ungeladene, neutrale Konzepte ebenso polarisiert würden. Erst damit wäre ein sicherer Beweis für eine generelle kognitive Fehlorganisation bei Suizidalen zu erbringen.

Die besondere Dichotomie des Denkens im Hinblick auf aktiv und passiv, potent und impotent deckt sich allerdings sehr gut mit theoretischen Konzepten, die die Ambivalenz der Suizidalen besonders im Hinblick auf Allmachts- und Ohnmachtsphantasien deuten.

3. Die beschleunigte Wahrnehmung der Zeit

Die Untersuchungen zur Zeitwahrnehmung von Suizidalen sind gerade erst begonnen worden. Sie gehen von der Annahme aus, daß Suizidale wenig in die Zukunft projizieren und planen können. *Neuringer* und *Levenson* (11, 12) haben versucht, das Zeitempfinden von Suizidalen zu messen.

Sowohl bei der konkreten Einschätzung von Zeitintervallen (11) als auch im *Time Opinion Survey* von *Kuhlen* und *Monge* (12) zeigte sich, daß Suizidale die Zeit schneller vorbeieilend erleben als Kontrollgruppen von Alterspatienten, unheilbar Kranken und durchschnittlichen Krankenhauspatienten.

Die Wahrnehmung der Zeit als besonders schnell vorübergehend erschwert es dem Suizidalen, sich dem Druck des Augenblicks zu entziehen, Spielraum für die Zukunft zu antizipieren. Es ist zu erwarten, daß die Untersuchungen zur Zeitwahrnehmung in den nächsten Jahren fortgesetzt werden und mit verbesserten Untersuchungsmethoden interessantere Erkenntnisse vermitteln können.

Arbeitshypothesen

Aufgrund der bisherigen Ergebnisse zur Erforschung der kognitiven Organisation bei Suizidalen lassen sich folgende Arbeitshypothesen formulieren, die erneut zu erforschen und zu verifizieren wären:

1. Suizidale sind in ihrem Denken rigider und im Hinblick auf ihr Konzeptualisierungsvermögen eingengerter als Nichtsuizidale. Ihre Wahrnehmung ist in spezifischer Weise eingeschränkt, charakterisiert durch starke Feldabhängigkeit.

2. Suizidale Patienten polarisieren ihr Wertsystem in größerem Maß als normale Kontrollpersonen, aber nicht stärker als Psychiatriepatienten. Suizidale polarisieren hingegen ihre Meinung zu Aktivität und Stärke von bereits gegensätzlichen Vorstellungen in größerem Maße als Nichtsuizidale.

3. Suizidale sind stärker gegenwartsorientiert als Nichtsuizidale.
4. Verschiedene suizidale Gruppen lassen sich aufgrund kognitiver Variablen nicht unterscheiden.

Literatur

- (1) *Adorno, T.W., E. Frenkel-Brunswick, D.J. Levinson, R.N. Sanford*: The Authoritarian Personality. Harper, New York 1950
- (2) *Binet, A.*: L'étude expérimentale de l'intelligence. Paris 1903
- (3) *Eysenck, H.J., G.W. Granger, J.C. Brengelman*: Perceptual Processes and Mental Illness. Basic Books, New York 1957
- (4) *Getzels, J.W., P.W. Jackson*: Creativity and Intelligence. Wiley, New York 1962
- (5) *Menninger, K.*: Man against himself. Harcourt Brace, New York 1938
- (6) *Levenson, M.*: Cognitive Correlates of Suicidal Risk. In: *C. Neuringer* (ed.), Psychological Assessment of Suicidal Risk. Charles C. Thomas, Springfield, Ill. 1974
- (7) *Levenson, M., C. Neuringer*: Problem Solving Behaviour in Suicidal Adolescents. J. Cons. Clin. Psychol. 37 (1971) 433–436
- (8) *Levenson, M.*: Suicide and Field Dependency. Omega 5 (1974) 181–186
- (9) *Neuringer, C.*: Rigid Thinking in Suicidal Individuals. J. Cons. Psychol. 28 (1964) 54–58
- (10) *Neuringer, C.*: The Cognitive Organisation of Meaning in Suicidal Individuals. J. Gen. Psychol. 76 (1967) 91–100
- (11) *Neuringer, C.*: Divergences between Attitudes toward Life and Death among Suicidal, Psychosomatic and Normal Hospitalized Patients. J. Cons. Psychol. 32 (1968) 59–63
- (12) *Neuringer, C.*: Current Developments in the Study of Suicidal Thinking. In: *E.S. Shneidman* (ed.), Suicidology, Contemporary Developments. Grune & Stratton, New York 1976
- (13) *Neuringer, C., D.J. Lettieri*: Cognition, Attitude and Affect in Suicidal Individuals. Life Threatening Behaviour 1 (1971) 106–124
- (14) *Osgood, C.*: The Measurement of Meaning. Univ. Illinois Press, Urbana, Ill. 1957
- (15) *Quatember, R.J.*: Klinisch-psychologische Gesichtspunkte zum präsuizidalen Syndrom. In: *E. Ringel* (Hrsg.), Selbstmordverhütung. Huber, Bern 1969
- (16) *Rabin, A.I.*: Diagnostic Use of Intelligence Test. In: *B.B. Wolman* (ed.), Handbook of Clinical Psychology, S. 477 f. McGraw-Hill, New York 1965
- (17) *Rokeach, M.*: Generalized Mental Rigidity as a Factor in Ethnocentrism. J. Abn. Soc. Psychol. 43 (1948) 259–278
- (18) *Shafer, R.*: The Expression of Personality and Maladjustment in Intelligence Test Results. Annals of the New York Acad. of Sciences, Vol. 46, 7 (1946) 609–623
- (19) *Shneidman, E.S.*: Psycho-logic, A Personality Approach to Patterns of Thinking. In: *J. Kagan, G. Lesser* (eds.), Contemporary Issues in Apperceptive Fantasy. Charles C. Thomas, Springfield, Ill. 1960
- (20) *Shneidman, E.S.*: The Logic of Suicide. In: *E.S. Shneidman, N.L. Farberow* (eds.), Clues to Suicide. McGraw-Hill, New York 1957
- (21) *Wechsler, D.*: Intelligence Scale Manual. Psychol. Corp., New York 1955, deutsch: Die Messung der Intelligenz Erwachsener, dt. Bearb.: *A. Hardesty, H. Lauber*. Huber, Bern 1956

- (22) *Witkin, H.A., H.B. Lewis, M. Hertzman, K. Machover, P.B. Meisner, S. Wapner:* Personality through Perception. Harper, New York 1954
- (23) *Witkin, H.A., R.B. Dyk, H.R. Faterson, D.R. Goodenough, S.A. Karp:* Psychological Differentiation. Wiley, New York 1962

Persönlichkeitsfragebogen, Persönlichkeitsinventare

Von allen Methoden, die versuchen, die Persönlichkeit mit Hilfe von Selbstaussagen der Beurteilten zu erfassen, hat sich der MMPI am meisten durchgesetzt.

Das Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). 1942 von *Hathaway* und *McKinley* (17) konstruiert und von *Spreen* in Saarbrücken für deutschsprachige Verhältnisse überarbeitet, wurde ursprünglich erstellt, um psychiatrische Patienten diagnostisch besser beurteilen zu können. Die 566 Aussagen wurden durch Neuformulierung früherer Inventare und psychiatrischer Kategorien gewonnen. Das klinische MMPI-Profil setzt sich aus 13 Skalen zusammen. Die ersten drei vermitteln Angaben zur Verlässlichkeit der vom Probanden gegebenen Antworten (L = Lügenwert, F = Konventionalität der Testbeantwortung, K = Einstellung zum Test, Dimension kritisch/unkritisch).

Die übrigen zehn Skalen tragen psychopathologische Bezeichnungen, die dem amerikanischen Gebrauch der vierziger Jahre entsprechen (Hd = Hypochondrie, D = Depression, Hy = Hysterie, Pp = Psychopathie, Mf = Maskulin/Feminin, Pa = Paranoia, Pt = Psychasthenie, Sc = Schizophrenie, Ma = Hypomanie, Si = Soziale Introversion/Extraversion).

Im Gebrauch zeigte sich, daß die Interpretation der Profile, über die klinischen Kategorien hinaus, viele interpretative Möglichkeiten boten. Es wurden Atlanten mit typischen Profilen erstellt, immer neue Skalen wurden entwickelt, der Computerdienst von Hoffman-La Roche (21) nennt über 200. Leichte Lesbarkeit und Verrechnung führten zum Gebrauch des MMPI als Computertest par excellence.

Buros (3) berichtet im Vorwort zur Bibliographie aller englischsprachigen Testliteratur, daß der MMPI seit 1968 den Rorschach als beliebtestes Forschungsinstrument überholt hat. Entsprechend groß war auch anfänglich das Interesse der Selbstmordforschung am MMPI.

In der Selbstmordforschung findet der MMPI vor allem Verwendung, um abzuklären, inwieweit sich verschiedene suizidale Verhaltensweisen diagnostisch unterscheiden lassen. Die Möglichkeit, sinnvolle suizidale Untergruppen zu bilden, sollte es vielleicht erlauben, homogene Gruppen zu finden und zu untersuchen. Bei der richtigen Zuordnung zum entsprechenden Selbstmordtyp könnte der Diagnostiker das Gefahrenmoment besser einschätzen. Dies wäre eine große Hilfe in der Beurteilung des Einzelfalles und bei der Bestimmung der zu treffenden therapeutischen Maßnahmen. Auf diese Weise lassen sich die ursprünglichen Erwartungen an die Selbstmordforschung mit dem MMPI skizzieren.

Die unterschiedlichen Auswertungsmethoden für den MMPI, wie die Berechnung der klassischen Skalen, die Profilanalyse und die Itemanalyse, wurden je nach Forschungsanliegen eingesetzt. Um den Überblick zu erleichtern, wird im folgenden nach den genannten Auswertungsverfahren getrennt.

Untersuchungen mit klassischen Skalen

Im MMPI-Handbuch von *Dahlstrom, Welsh und Dahlstrom*, 1972 (6), wird die Skala 2, Depression (im Folgenden: D), als diejenige Skala beschrieben, die das Ausmaß der Depression bei einer Person mißt. „Häufig ist dieser Gefühlszustand durch Beschäftigung mit Tod und Suizid charakterisiert.“ Sie weisen jedoch darauf hin, daß die Aussagen über erhöhte Werte von D mit den anderen Merkmalen des MMPI und dem Verhalten der Testperson verknüpft werden müssen. Sie nehmen unter anderem an, daß die Suizidwahrscheinlichkeit groß ist, wenn im Test zwar D erhöht ist, aber sich im Verhalten wenig Anzeichen für die Depression finden lassen.

In Untersuchungen mit relativ kleinen Untersuchungsgruppen, mit 25–50 Versuchspersonen, wurden erhöhte Werte für D gefunden (*Simon und Hales*, 27, *Simon*, 25, *Broida*, 4).

Bei *Simons* Untersuchung (25) zeigte es sich jedoch, daß die hohen Werte von D zurückgingen auf die Ergebnisse der als psychoneurotisch eingestuften suizidalen Patienten, während bei Suizidalität und gleichzeitiger Psychopathie- resp. Alkoholismusdiagnose keine erhöhten Werte für D gefunden werden konnten.

Da Aussagen allein über D nur sehr vage Schlüsse zulassen, sind in einigen Arbeiten alle klassischen Skalen herangezogen worden. Dabei wurde versucht, Untergruppen aufgrund der gewählten Selbstmordart zu definieren, und es wurden Gruppeneinteilungen durch klinisch-psychiatrische Einschätzungen vorgenommen.

Während die Versuche nach der Selbstmordart sich als gänzlich unergiebig herausstellten, so in den Arbeiten von *Simon und Gilberstadt* (26), *Lester* (19), waren die Ergebnisse nach psychiatrischer Diagnose gerade in ihrer Widersprüchlichkeit von Interesse. Die Arbeit von *Farberow* (15) mit der Nachuntersuchung von *Rosen, Simon und Hales* (24) soll etwas ausführlicher wiedergegeben werden.

Farberow (15) untersuchte 1950 mit der Kurzform des MMPI 96 männliche Patienten, die er in 5 Untergruppen aufteilte:

1. 16 Attempts Serious, ernsthafte Selbstmordversuche
2. 16 Attempts Nonserious, nicht ernsthafte Selbstmordversuche
3. 16 Threat Serious, ernsthafte Selbstmorddrohungen
4. 16 Threat Nonserious, nicht ernsthafte Selbstmorddrohungen
5. 32 Controls, Kontrollgruppe.

Farberows Ergebnisse und Interpretationen lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

a) „Wenn man von Suizidalen spricht, sollte man darauf achten, klar zu definieren, was für Fälle hiermit gemeint sind. Offensichtlich gibt es in der Untersuchungsgruppe sowohl Fälle, die mehr, als auch solche, die weniger gestört scheinen als der durchschnittliche Patient einer psychiatrischen Klinik.“

b) „Der Selbstmordakt scheint als eine Art Abreaktions- oder Entladungsmechanismus zu wirken, der offensichtlich dazu führt, die Ernsthaftigkeit der offenen Persönlichkeitsstörung zu verringern.“

c) „Gegenüber den Gruppen ‚Selbstmordversuche‘ und der Kontrollgruppe wirken die Gruppen, die mit Selbstmorddrohung operieren, hyperaktiver, feindseliger, ängstlicher, in geringerem Realitätskontakt, mit einer Tendenz, über Zwangsgedanken zu brüten. Sie scheinen mehr darauf bedacht, nach Hilfe zu suchen.“

Signifikant erhöht sind F, D, Pp, Pa, Pt, Sc, Ma, signifikant erniedrigt ist L. Abgesehen von Mf und Ma liegen die Werte aller diagnostischen Skalen über 70.

d) „Gegenüber den Gruppen ‚Selbstmorddrohungen‘ beschreiben sich die Gruppen derjenigen, die Selbstmordversuche begehen, weniger aktiv, sie verfügen über einen besseren Realitätssinn, sind weniger feindselig, aber doch ängstlich und deprimiert. Sie scheinen die Vorurteile der Gesellschaft bis zu einem gewissen Grad übernommen zu haben und neigen dazu, über sich selbst zu lügen, um sich in ein sozial vorteilhafteres Licht zu rücken.“

Signifikant erhöht ist L, signifikant erniedrigt sind F, D, Pp, Pa, Pt, Sc, Ma. Zwischen den Gruppen „Selbstmordversuche“ und der Kontrollgruppe scheint es keine erheblichen Unterschiede zu geben.

e) Gegenüber den Gruppen „nicht ernsthaft“ und der Kontrollgruppe erscheinen die Gruppen „ernsthaft“ als feindseliger. Signifikant erhöht ist Pa.

f) Gegenüber der Kontrollgruppe sind die Angehörigen der Gruppen „nicht ernsthaft“ eher darauf aus, Hilfe zu suchen und lügen weniger über sich selbst. Signifikant erniedrigt ist L.

Rosen, Hales und Simon (24) griffen 1954 *Farberows* Arbeit auf und fanden bei männlichen Patienten bestätigt, daß die Gruppe der Patienten mit Selbstmordgedanken (100 Fälle) im MMPI als viel gestörter erscheint als die Gruppe der Patienten nach einem Suizidversuch (50 Fälle) und allgemeinen Psychiatriepatienten (211 Fälle). Ihre Ergebnisse sind im einzelnen

a) Abgesehen von K sind alle Mittelwerte der Gruppe „Selbstmordgedanken“ signifikant höher als diejenigen der Gruppe „Selbstmordversuche“ und der Kontrollgruppe.

b) Die Gruppe „Selbstmordversuche“ hat im Vergleich mit der Kontrollgruppe signifikant höhere Werte bei Pp und bei Pp + 4K sowie signifikant niedrigere Werte bei Hy und Hy + 4K. Die Autoren unterlassen Deutungen wie selbstbezogen, narziß-tisch, mit geringem Interesse für die soziale Umwelt etc.

Untersuchungen zur MMPI-Profilanalyse

Marks und Seeman (20) fanden bei der Untersuchung von 300 weiblichen Patientinnen für alle geprüften suizidalen Verhaltensweisen, Selbstmordversuch, Selbstmordgedanken, Selbstmorddrohung, für die Profilcodes 4–8–2 und 4–6–2 höhere Werte als erwartet. Bei den Profilcodes 2–7–8 und 2–8 wurden erhöhte Werte für die Gruppen Selbstmordgedanken und

Selbstmorddrohungen festgestellt. Der Profilcode 4–6 ergab erhöhte Werte für die Gruppe Selbstmordversuche.

In drei späteren Arbeiten wurde untersucht, ob das MMPI-Profil als Index für akute Suizidalität brauchbar sei:

Die Diskriminanz-Analyse bei der Untersuchung von *Devries* und *Farberow* (11) zeigte, daß 52% der nicht suizidalen Kontrollgruppe, 17% der Selbstmordversuchsgruppe, 59% der Gruppe Selbstmorddrohung und 28% der Selbstmörder anhand der Skalen 2, 4, 6, 7, 8, 9 richtig klassifiziert werden konnten.

Die mit den klassischen Skalen gemachte Erfahrung bestätigte sich bei der Profilanalyse; die Gruppe mit Selbstmorddrohungen ist am leichtesten einzustufen, aber Patienten, die tatsächlich Suizid begehen, werden schlecht erkannt.

Ravensborg und *Foss* (22) konnten überhaupt keine signifikanten Profilunterschiede finden, die sich dazu benützen ließen, Suizidanten von anderen Spitalpatienten zu unterscheiden.

Bei einer Langzeituntersuchung von *Devries* und *Shneidman* (12) zeigte sich, daß die Veränderungen im MMPI-Profil sich im Rahmen der individuellen Charakteristika hielten und sich im Moment akuter Suizidalität kein generelles Suizidalitätsprofil einstellt.

Die MMPI-Profilanalyse erwies sich nicht als ein sinnvoller Index zur Bestimmung des Selbstmordrisikos.

Untersuchungen zur MMPI-Item-Analyse

Darüber, ob es möglich ist, eine eigentliche Suizidalitätsskala mit Hilfe der Itemanalyse des MMPI zu entwickeln, gibt es völlig gegensätzliche Meinungen.

Simon und *Gilberstadt* (26) kamen zum Ergebnis, daß es unmöglich sei, eine Suizidskala zu entwickeln. Die 23 differenzierenden Items, die sie finden konnten, betrachteten sie als reines Zufallsergebnis.

Bei den Arbeiten von *Farberow* und *Devries* (11) sowie *Devries* (7, 8) zeigte sich, daß die Entwicklung einer Skala nur für die Untergruppe Selbstmorddrohung möglich war. Bei der Validierung einer Suicide-Threat-Skala mußte aber festgestellt werden, daß beim Versuch, neu eintretende Patienten einer psychiatrischen Klinik in suizidal und nicht suizidal einzustufen, bei der Annahme, daß 26% der eintretenden Patienten mit Selbstmord drohen, 28% falsche negative und 58% falsche positive Resultate zustande kämen.

Spätere Arbeiten von *Devries* (9, 10) kamen hingegen zu positiven Resultaten. Ausgehend von einer Untersuchung mit männlichen Patienten (9), die er in die Gruppen Selbstmorddrohungen (TS), Selbstmordversuche (AS), Drohungen und Selbstmordversuche (TS/AS) und Kontrollgruppe unterteilt, kommt er bei Benützung der Kurzform des MMPI zu folgenden Schlüssen:

Mit Hilfe der Itemanalyse ist es möglich, die Gruppen der Suizidalen von der Kontrollgruppe zu unterscheiden. Die verschiedenen suizidalen Untergruppen lassen sich nicht unterscheiden. Es gibt eine signifikante Zahl ($p < .01$) differenzierender Items. Alle suizidalen Untergruppen haben 31 differenzierende Items gemeinsam, die er „General Suicide Items“ nennt. Allerdings fehlen, wie auch *Clopton* (5) kritisch bemerkt, Angaben darüber, in welcher Richtung die Items beantwortet werden. *Devries* macht zur Bedeutung der von ihm gefundenen Items keine Angaben, vom Inhalt der Items her läßt sich kein Schlüssel zusammenstellen. Damit sind seine Ergebnisse schwer nachprüfbar; auch in einer bestätigenden Arbeit (10) lassen sich keine genauen Angaben finden.

Beurteilung der Ergebnisse mit dem MMPI

Während der MMPI als Testverfahren allgemein einen guten wissenschaftlichen Ruf genießt (*Braun*, 2), sind die Ergebnisse für die vorliegende Fragestellung, die Einschätzung der Suizidalität, enttäuschend. Es sollen kurz einige Überlegungen angeführt werden, warum die MMPI-Resultate so wenig stichhaltig ausfallen.

Für alle vorliegenden Arbeiten mit dem MMPI gilt, daß die jeweiligen Definitionen der Untersuchungs- und Kontrollgruppen anfechtbar sind. Bei den Untersuchungsgruppen fällt auf, wie verschieden die betreffenden Untergruppen definiert sind. Dies hat teilweise theoretische (*Devries*, 9) und teilweise praktische Gründe (*Rosen et al.*, 24). Damit sind selbst Nachuntersuchungen nicht mehr direkt vergleichbar. Zudem fällt auf, daß meist nur Männer oder nur Frauen untersucht worden sind. Da es sich jeweils um Patienten von bestimmten Kliniken handelt, ist der erfaßte Personenkreis entsprechend selektiv, dies wirkt sich vor allem bei den Kontrollgruppen aus. Es ist möglich, daß die problematischen Ergebnisse der meisten Untersuchungen auch von diesem methodischen Vorgehen herühren.

Eine der bekannten Schwächen des MMPI ist der verzerrende Einfluß von Erwartungs- und Prestigevorstellungen, wie *Edwards* (13) sie als Trend zur „Social Desirability“ bekannt gemacht hat. Es ist denkbar, daß bei Untersuchungen innerhalb einer Klinik sich so etwas wie eine „Institutionsdesirability“ bemerkbar macht. Psychische Störungen sind die Legitimation dafür, in die Klinik zu gehören; je weniger manifest die Symptome eines Patienten sind, desto mehr muß er sich bemühen, daß seine Probleme in der Institution wichtig genommen werden. Gerade Patienten, die mit Suizid drohen, sind unter extremem Druck, etwas zu tun, um ernst genommen zu werden.

Für die besonders unauffälligen MMPI-Profile derjenigen, die eine Selbstmordhandlung gemacht haben, bietet sich zudem eine persönlichkeitspezifische Erklärungsmöglichkeit an.

Farberow (15) schlägt vor, den Selbstmordversuch als eine Art Abreaktions- oder Entladungsmechanismus zu verstehen, der dazu führt, die Ernsthaftigkeit der Persönlichkeitsstörung zu verringern. Damit wären die niedrigen MMPI-Werte durch die psychische Dynamik nach Ablauf einer Suizidhandlung erklärt.

Aus den erhöhten Lügenwerten (L) der Gruppe Selbstmordhandlung läßt sich eine weitere innerpsychisch determinierte Hypothese ableiten. Erhöhte L-Werte lassen sich deuten als die Tendenz, über sich selbst zu lügen, um sich in ein sozial besseres Licht zu stellen, gesellschaftlichen Erwartungen Genüge zu tun. Dies entspricht der Theorie, daß Suizidale in hohem Maß von negativer Leistungsmotivation geprägt sind (*Atkinson*, 1, *Braun*, 2). Sie sind angstvoll bestrebt, alle Anforderungen der Umwelt zu erfüllen und geraten unter gefährlichen Druck, wenn sie dies nicht mehr leisten können.

Darüber hinaus stellt sich aber generell die Frage der Eignung des MMPI, Suizidhandlungen zu erfassen. Es ist möglich, daß Menschen, die ihre psychischen Probleme durch Handlungsimpulse lösen, gerade sprachliche Vorstellungen wenig für sich benutzen können. Tests, wie der MMPI, die sprachlich formulierte Störungsmerkmale angehen, könnten deshalb auf einer falschen Ebene operieren.

Spekulationen über die widersprüchlichen Ergebnisse mit dem MMPI lassen aber nicht über die von *Braun* bemerkte Tatsache hinwegsehen, daß die Aussage: „In der Selbstmordgruppe haben sich dieselben, weniger stark oder stärker ausgeprägten Persönlichkeitscharakteristika, wie in der Kontrollgruppe gezeigt“ (S. 84), kontradiktorisch ist, und von daher ohne Informationsgehalt. Es ist nicht möglich auszusagen, daß, wenn eine Versuchsperson auf bestimmte Items reagiert, sie sich suizidal verhalten wird. Dennoch könnte die Diskussion über das Scheitern des MMPI überprüfenswerte Informationen zur Psychodynamik Suizidaler einbringen.

Die Beschränkung der Untersuchungen mit Persönlichkeitsinventaren auf den MMPI ist sicher ebenfalls von Nachteil, da besonders im deutschsprachigen Raum mehrere Verfahren, wie das ökonomischere Freiburger Persönlichkeitsinventar (14), entwickelt wurden. Einschlägige Untersuchungen zur Suizidalität stecken aber erst in den Anfängen.

Sonneck et al. (28) fanden bei suizidalen, depressiven Versuchspersonen erhöhte Werte für Depressivität, Erregbarkeit und Gehemmtheit. Es ist zu erwarten, daß in der nächsten Zeit genauere Angaben publiziert werden.

Literatur

- (1) *Atkinson, J.W.*: An Introduction to Motivation. Princeton, New Jersey, Toronto, London, New York 1965
- (2) *Braun, C.*: Selbstmord. Goldmann, München 1971
- (3) *Buros, O.K.* (ed.): Personality Tests and Reviews. The Gryphon Press, Highland Parks, New Jersey 1970
- (4) *Broida, D.C.*: An Investigation of certain Psychodiagnostic Indications of Suicidal Tendencies and Depression in Mental Hospital Patients. *Psychiatric Quart.* 28 (1954) 453–464
- (5) *Clopton, J.R.*: Suicidal Risk Assessment via the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). In: *C. Neuringer* (ed.), *Psychological Assessment of Suicidal Risk*. Charles C. Thomas, Springfield, Ill. 1974
- (6) *Dahlstrom, W.G., G.S. Welsh, L.E. Dahlstrom*: A MMPI Handbook, rev. ed. Univ. of Minnesota Press, Minneapolis 1972
- (7) *Devries, A.G.*: A Potential Suicide Personality Inventory. *Psychological Reports* 18 (1966a) 731–738
- (8) *Devries, A.G.*: Change Expectance, Sample Size, Replacement and Non-replacement Sampling. *Psychological Reports* 18 (1966b) 843–850
- (9) *Devries, A.G.*: Identification of Suicidal Behaviour by Means of the MMPI. *Psych. Reports* 19 (1966c) 415–419
- (10) *Devries, A.G.*: Control Variables in the Identification of Suicidal Behaviour. *Psych. Reports* 20 (1967) 1131–1135
- (11) *Devries, A.G., N.L. Farberow*: A Multivariate Profile Analysis of MMPI's of Suicidal and Non-suicidal Neuropsychiatric Hospital Patients. *J. of Projective Techniques and Personality Assessment* 31 (1967) 81–84
- (12) *Devries, A.G., E.S. Shneidman*: Multiple MMPI Profiles of Suicidal Persons. *Psych. Reports* 21 (1967) 401–405
- (13) *Edwards, A.L.*: Social Desirability and Performance in the MMPI. In: *E.I. Megargee* (ed.), *Research in Clinical Assessment*. Harper & Row, New York, London 1966
- (14) *Fahrenberg, J., H. Selg*: Das Freiburger Persönlichkeitsinventar, FPI. Hogrefe, Göttingen 1970
- (15) *Farberow, N.L.*: Personality Patterns of Suicidal Hospital Patients. *Genetic Psychology Monographs* 42 (1950) 3–79, Provincetown
s.a.: Personality Patterns of Suicidal Mental Hospital Patients. In: *G.S. Welsh, W.G. Dahlstrom*, *Basic Readings on the MMPI*. Univ. of Minnesota Press, Minneapolis 1956
- (16) *Farberow, N.L., A.G. Devries*: An Item Differentiation Analysis of Suicidal Neuropsychiatric Hospital Patients. *Psychol. Reports* 20 (1967) 607–617
- (17) *Hathaway, S.R., J.C. McKinley*: Manual for the MMPI. Psychol. Cooperation, New York 1945; deutsch: MMPI Saarbrücken, bearb. von *Spreen und Sundberg*. Huber, Bern 1962
- (18) *Hathaway, S.R., P.E. Meehl*: An Atlas for the Clinical Use of the MMPI. Univ. of Minnesota Press, Minneapolis 1951
- (19) *Lester, D.*: Personality Correlates Associated with Choice of Method of Committing Suicide. *Personality* 1 (1970) 261–264
- (20) *Marks, P.A., W. Seeman*: The Actuarial Description of Abnormal Personality. Williams & Wilkins, Baltimore 1963
- (21) MMPI Computer Service, *Roche*, Werbeschreiben zur Einführung. Basel 1971
- (22) *Ravensborg, M.R., A. Foss*: Suicide and Natural Death in a State Hospital Population: A Comparison of Admission Complaints, MMPI Profiles and Social Competence Factors. *J. Cons. Clin. Psychol.* 33 (1969) 466–471

- (23) *Rosen, A.*: Detection of Suicidal Patients. *J. Cons. Psychol.* 18 (1954) 379–403
- (24) *Rosen, A., W.M. Hales, W. Simon*: Classification of 'Suicidal' Patients. *J. Cons. Psychol.* 18 (1954) 359–362
- (25) *Simon, W.*: Attempted Suicide Among Veterans. *J. Nerv. Ment. Diseases* 111 (1950) 451–468
- (26) *Simon, W., H. Gilberstadt*: Analyses of the Personality Structure of 26 Actual Suicides. *J. Nerv. Ment. Diseases* 127 (1958) 555–557
- (27) *Simon, W., W.H. Hales*: Note on a Suicide Key in the MMPI. *Am. J. Psychiatr.* 106 (1949) 222–223
- (28) *Sonneck, G., J. Gruenberger, E. Ringel*: Experimental Contribution of Suicidal Risk of Depressive Patients in 8th International Congress on Suicide Prevention. Abstracts, S. 85. Jerusalem 1975

Projektive Testverfahren

Als projektive Tests werden Verfahren bezeichnet, die davon ausgehen, daß Beobachtungen des Verhaltens eines Menschen in relativ unstrukturierten oder mehrdeutigen Situationen Rückschlüsse auf Reaktionen im Normalverhalten ermöglichen, wie Einstellungen, Motivationen, Persönlichkeitseigenschaften etc.

Die bekannten Tests erzeugen diese Situationen mit Hilfe von bildlichen Darstellungen. Als Grundverfahren sind der Rorschachtest und die Thematic Apperception Technique (TAT) anzusehen.

*Der Rorschachtest**

1921 veröffentlichte *H. Rorschach* (35) seinen Formdeuteversuch, der als Rorschachtest mit seiner großen Verbreitung zum Wegbereiter der Persönlichkeitstests schlechthin wurde. Der Test besteht aus 10 standardisierten Tafeln mit Zufallsklecksen, die teilweise nur schwarz-grau, teilweise mit roten und farbigen Anteilen gestaltet sind. Der Proband wird aufgefordert zu sagen, was er auf jeder Tafel sieht; die Antworten werden vom Versuchsleiter wörtlich protokolliert und anschließend signiert und verrechnet.

Die Skalierung, Verrechnung und Interpretation kann nach verschiedenen Schulen erfolgen, die sich in der Nachfolge *Rorschachs* gebildet haben, z.B. *Beck* (3), *Bohm* (4), *Klopfer* (21), *Piotrowski* (29). Die dabei verwendeten Kategorien versuchen den Erfassungsmodus zu beschreiben, d.h. welche Teile des Kleckses in die Deutung einbezogen werden, der ganze Klecks (G), Details (D) oder kleinste Teile (d). Im Erlebnismodus wird erfaßt, welche Charakteristika der Tafel die Antwort bestimmen, die Form (F), die Farbe (Fb), die Schattierungen (Hd) oder die Bewegungsvorstellung (B). Es sind auch Varianten von Verbindungen der einzelnen Merkmale möglich. Meist wird hiernach die formale Qualität mit +, – oder einem Punktesystem bewertet.

* Die Abkürzungen der gebräuchlichen Signierungen zu den einzelnen Testinterpretationsverfahren werden auf den Seiten 56 ff., 58, 59 und 60 angegeben. Das Anliegen des folgenden Kapitels wird jedoch auch ohne genaue Kenntnis der Bedeutung der einzelnen Zeichen verständlich. Dem Fachmann dürften die Signierungen ohnehin vertraut sein, ansonsten sei auf die angegebene Literatur verwiesen.

Beim Inhalt wird schließlich angegeben, zu welchen inhaltlichen Kategorien eine gegebene Antwort gehört, Mensch (M), Tier (T), Objekt (Obj.) usw. Neben diesen Hauptkategorien, die nach den verschiedenen Schulen unterschiedlich abgekürzt sind, gibt es eine Fülle möglicher zusätzlicher Kennzeichnungen. Die in den signierten Kategorien erhaltenen Werte werden ausgezählt und in verschiedenen Techniken gegeneinander verrechnet. Die errechneten Werte haben bestimmte symptomatische oder syndromatische Bedeutung. Eine weitere Auswertungsmöglichkeit des Rorschachtests ist die Verlaufsanalyse. Den verschiedenen Tafeln und Klecksteilen wird aufgrund der durchschnittlich erfolgenden Reaktionsweisen ein bestimmter Reiz- oder Aufforderungscharakter zugeschrieben. Anpassung und Abweichung zum Erwartungswert wird im Verlauf von Tafel zu Tafel gedeutet.

Bei den Versuchen, Suizidalität mit Hilfe des Rorschachtests zu diagnostizieren, haben sich mehrere Ansätze herauskristallisiert.

A. Von verschiedenen Autoren werden charakteristische Einzelmerkmale vermutet, wie Schocks, Kombination von Farb- und Schattierungsdeutungen, spezifische Inhalte. Die Einzelmerkmale sind dabei aus verschiedenen Lehrbüchern interpretativ abgeleitet oder aufgrund bekannter Einzelfalldarstellungen übernommen. Zudem wurde ein Teil der Hypothesen zu Einzelmerkmalen empirisch überprüft, einige Merkmale konnten dann auch empirisch gewonnen werden.

Zur Erleichterung des Überblicks sind die Daten zu den Einzelmerkmalen in einer Tabelle zusammengestellt (S. 56 ff.).

B. Hertz (19, 20) benutzte für ihre Studien interpretative Konzepte, Konfigurationen für suizidales Verhalten, denen sie Rorschachmerkmale zuordnete.

C. Empirisch entwickelte Merkmalskombinationen liegen in mehreren Versionen vor.

Martin (25) stellte eine Checkliste mit 17 Merkmalen zur Unterscheidung von suizidalen und nichtsuizidalen Versuchspersonen auf (s. Übersicht S. 58).

Piotrowski (31) entwickelte eine Merkmalsliste zur Unterscheidung von Versuchspersonen, die Suizidversuche unternehmen und Suizidanten (s. S. 59). Exner und Wylie (42) konnten empirisch 11 Zeichen gewinnen (s. S. 60).

D. Cutter (10) versuchte einen gemeinsamen Rorschachtest mit Familien oder anderen Bezugspersonen Suizidaler.

Ad A.

Generell läßt sich sagen, daß sich der Ansatz, über Einzelmerkmale im Rorschachtest Suizidalität zu bestimmen, als weniger fruchtbar erwiesen hat als der Weg über Merkmalskombinationen. Zumindest ist es recht schwer, die einzelnen Behauptungen gegeneinander abzuwägen, dafür weichen die Untersuchungsmethoden viel zu sehr voneinander ab. Die Protokolle wurden in sehr unterschiedlichen Zeitabständen in bezug auf das Ergebnis der Selbstmordhandlung erhoben. Mit Suizidalität wird eine Viel-

zahl suizidaler Verhaltensweisen bezeichnet (*Neuringer*, 26). Oft ist auch unklar, inwieweit gewisse Untersuchungen mehr das Rorschachverfahren validieren, als Indikatoren für das Selbstmordrisiko herauszufinden (*Lester*, 23).

Es werden kaum Aussagen zum Erfassungsmodus gemacht, besonders nicht im Hinblick auf kognitive und intellektuelle Aspekte der Leistung und des Aspirationsniveaus. Nur *Rabin* (34) erwähnt bei seiner Falldarstellung Rigidität und Stereotypie trotz ausgeprägter intellektueller Ambitionen.

Auf der Ebene des Erlebnismodus wird vor allem den Schattierungen und Farbdeutungen Aufmerksamkeit geschenkt. Als mehr oder weniger gesicherte Merkmale können Schattierungs- und Farbschock gelten sowie die Kombination der beiden. HdFb- oder Hdcol-Antworten sind besonders dann aufschlußreich, wenn sie verleugnet werden oder wenn sie von schlechtem Formniveau sind. Dies kann in dem Sinn interpretiert werden, daß Gefühle und Zuwendungswünsche von Suizidalen deutlich gespürt werden, aber Angst auslösen. Die Variablen B + T oder B + Hd sprechen für die Enttäuschung der Kontaktbedürfnisse und den Rückzug aus zwischenmenschlichen Beziehungen. Das Vorkommen von achromatischen Farben kann insofern als Gegenindikator zur tendenziellen Suizidhandlung gedeutet werden, als dies für eine innerpsychische Verarbeitungsfähigkeit der Enttäuschungen spricht. Ausnahmen machen hier symbolträchtige Deutungen der Grautöne als eisig, erdig, c' nach *Piotrowski* (29).

Bei den Inhalten fällt auf, daß im allgemeinen direkte Aussagen zur Motivation von Suizidhandlungen, zu Tat oder Tatabsicht fehlen. Ähnlich wie bei der Inhaltsanalyse von Abschiedsbriefen schließen sich die Suizidalen nicht durch ihre Äußerungen auf. Aussagen mit verderblichen, vergänglichen, dysphorischen und abgründigen Inhalten scheinen am ehesten bedeutsam. Hinsichtlich aggressiver Inhalte besteht eine völlige Verwirrung. Offene Aggressionsäußerungen wie Kampf werden sowohl als Anzeichen echter Selbstmordneigung gewertet, als auch als prognostisch günstiges Zeichen des verminderten Selbstmordrisikos gesehen. In der umfangreichen Arbeit zu häufigsten Inhalten der Protokolle Suizidaler von *Costello* (9) fehlen aggressive Inhalte direkter oder indirekter Art völlig.

Im Rahmen der Verlaufsanalyse sollen die Tafeln IV und VII besonders symbolhafte Aussagen evozieren. Zu Tafel IV gibt es einige Bestätigungen, daß tatsächlich Konzepte der Vergänglichkeit, die mit Tod in Verbindung zu bringen wären, hier ausgedrückt werden können. Die Ergebnisse zur Hypothese, daß auf Tafel VII der Wunsch nach intrauteriner Geborgenheit angesprochen wird, sind sehr zweifelhaft.

Ad B.

Aufgrund großer empirischer Erfahrung mit suizidalen Patienten erarbeitete *Hertz* (19) 14 Konfigurationen, von denen sie annahm, daß sie für

Suizidale typisch seien. Die Definitionen ihrer Konfigurationen sind nicht eindeutig und klar. *Hertz* schildert alle jeweiligen Rorschachvarianten und verbindet Merkmale mit Deutungsinhalten und lehrbuchhaften Erklärungen. Sie überprüfte ihre Konfigurationen anhand von Fallmaterial von Neurotikern, Psychotikern und einer Kontrollgruppe. Nachdem sie die Rorschachtests dahingehend ausgewertet hatte, ob Anzeichen für Selbstmordgedanken, -drohungen, -versuche oder -taten vorhanden waren, untersuchte sie anhand der Krankengeschichten ihre Blinddiagnosen auf Korrektheit. Sie fand heraus, daß der Mittelwert für das Vorkommen ihrer Konfigurationen bei suizidalen Patienten bei 7.8 lag, bei den nicht suizidalen Patienten bei 4.8 und bei der Kontrollgruppe bei 2.8. Sie konnte im übrigen feststellen, daß bei der Annahme von 6 oder mehr Konfigurationen 92% der Suizidalen korrekt identifiziert werden konnten. Dies war begleitet von 35% falschen positiven Ergebnissen für die Gruppe der nicht suizidalen Patienten sowie 3% falschen positiven Ergebnissen bei den Normalpersonen. Nach der Auswertung der einzelnen Konfigurationen wurden 4 der ursprünglichen Konfigurationen fallen gelassen. Es waren dies Hypothesen zu umschriebenen klinischen Krankheitsbildern. Es blieben 10 Konfigurationen, die in einer Validierungsstudie erneut untersucht wurden.

1949 analysierte *Hertz* 178 unausgewählte Protokolle (20). Bei Erreichen eines kritischen Trennwerts von 5 der 12 möglichen Punkte bezeichnete sie die Fälle entweder als suizidal oder nicht suizidal. Es zeigte sich, daß sie 170 der 178 Protokolle richtig klassifiziert hatte, das sind 83% der Suizidalen und 84% der Nichtsuizidalen, ein eindrucksvolles Ergebnis.

Sakheim (36) hat in einer weiteren Validierungsstudie bestätigen können, daß beim Vorhandensein von 5 und mehr Konfigurationen eine signifikante Anzahl suizidaler Individuen identifiziert wird. Er hatte in seiner Untersuchung 40 Psychiatriepatienten mit ernsthaften Suizidversuchen und 40 nicht suizidale Patienten, die sorgfältig gematcht waren, untersucht.

Fisher (17) erzielte allerdings beim Vergleich von 20 suizidalen Schizophrenen mit 20 nicht suizidalen negative Resultate.

Trotz des Erfolges von *Hertz* ist ihr System wenig weitergeführt worden. Dies dürfte damit zusammenhängen, daß ihr Vorgehen stark vom Gutachter abhängig ist; dessen Erfahrung, Einfühlungsgabe und Kombinationsfähigkeit entscheiden über die Bestimmung der Konfigurationen. *Hertz'* Modell braucht einen großen zeitlichen Aufwand und leidet unter der schlechten Objektivierbarkeit.

Ad C.

Systeme wie das von *Martin* (25) erlauben einen einfacheren Überprüfungsmodus. Er entwickelte im Rahmen einer unveröffentlichten Dissertation eine Checkliste mit 17 Rorschach-Variablen.

Er ermittelte durch Vergleich von 36 Rorschachprotokollen männlicher Patienten, die einen Selbstmordversuch begangen hatten, mit 36 Protokollen von vergleichbaren nichtsuizidalen Patienten, zunächst 16 differenzierende Variabeln, signifikant auf dem .10-Niveau. Aufgrund einer Validierungsuntersuchung mit zwei weiteren, gleichartig zusammengesetzten Gruppen ergänzte er seine Variabelliste um ein weiteres Merkmal.

Nach *Neuringer* (27) ist zu diskutieren, wie sinnvoll es von *Martin* war, alle ursprünglichen Variabeln beizubehalten, da nur 5 dieser Variabeln auf dem .05-Signifikanzniveau differenzierten, manche Items hingegen nicht einmal mehr auf dem .10-Niveau. Immerhin war es möglich, bei einem Trennwert von 7 und mehr Variabeln 69% der suizidalen Patienten richtig zu identifizieren.

Die Ergebnisse von *Martin* und die nun folgenden Validierungsstudien sind auf S. 58 im Überblick dargestellt.

Daston und *Sakheim* (13) benutzten *Martins* Material und fügten, mit unterschiedlichem statistischen Prozedere, noch eine weitere Gruppe, 36 Protokolle von vollzogenen Suiziden, hinzu. Sie kamen zum Ergebnis, daß aufgrund von *Martins* Liste die Gruppen Suizidversuch und Selbstmord von der Kontrollgruppe unterschieden werden konnten. Hingegen gelang es nicht, zwischen den beiden suizidalen Gruppen zu unterscheiden. Keiner der 36 Nichtsuizidalen hatte mehr als 8 *Martin* Signs. Bei einem Wert von 6 und mehr Signs wurden 72% der Gruppe Selbstmordversuch, 83% der Selbstmörder und 17% der normalen Kontrollgruppe erfaßt.

Bei einem weiteren Validierungsversuch kam *Weiner* (39) zum Ergebnis, daß sich *Martins* Checkliste zur Interpretation im Sinne der Suizidalität eigne, ungeachtet dessen, ob Männer oder Frauen untersucht werden, welcher Altersgruppe die Versuchspersonen angehören und ob sie jemals hospitalisiert worden sind oder ambulant behandelt wurden. Keinen Einfluß hatte auch die Antwortenzahl im Rorschachversuch. Hingegen zeigten sich *Martins* Variabeln als nicht so unabhängig von der Differentialdiagnose. Mit der Schwere der Psychopathologie erhöhten sich auch die *Martins*chen Werte. Als bester kritischer Wert erwies sich 8. Mit 8 und mehr Zeichen konnten 79% der Patienten mit Selbstmordversuchen und 60% der Kontrollpersonen richtig erfaßt werden, Concurrent Validity wurde nachgewiesen. Diese Werte reichen allerdings nicht aus, um *Martins* Checkliste als Index zur Prognose des Selbstmordrisikos gewinnbringend einsetzen zu können.

Neuringer et al. (28) untersuchten *Martins* Signs, die bei der Untersuchung männlicher Patienten entwickelt worden waren, nochmals auf ihre Anwendbarkeit bei Frauen. In der Studie anhand der Protokolle von 57 weiblichen Versuchspersonen wurden im Gegensatz zu *Weiner* überhaupt keine signifikanten Unterschiede zwischen den diversen Versuchsgruppen gefunden. Für die Frauen lag der Durchschnitt der Variabeln gesamthaft

höher, als das bei den Männern der Fall war. Im übrigen zeigte sich hier, daß die Antwortenzahl der Rorschachprotokolle doch eine wesentliche Einflußgröße ist.

Cutter et al. (12) konnten in ihrer Arbeit positiv feststellen, daß mit zunehmendem Selbstmordrisiko auch die Anzahl der *Martin Signs* steigt.

Gesamthaft läßt sich sagen, daß mit Hilfe der Checkliste von *Martin* suizidale und nichtsuizidale Gruppen unterschieden werden können. Dabei sind die Ergebnisse bei der Untersuchung von Männern etwas sicherer als von Frauen. Eine gewisse Vorsicht ist ebenfalls am Platz bei der Untersuchung von schwerer gestörten, nicht suizidalen Patienten, die feindselige Züge haben. Als Mittel zur Abschätzung des Selbstmordrisikos eignen sich *Martins* Variablen nicht.

Den Versuch, ein solches Instrument für den Rorschach zu schaffen, hat *Piotrowski* (31) unternommen, nachdem er sich in einem früheren Artikel (30) dahingehend geäußert hatte, daß es zwar genügend valide Anzeichen dafür gäbe, daß sich suizidale und nicht suizidale Patienten unterscheiden ließen, daß aber valide Prognosen anhand der Testvariablen nicht möglich seien.

Er ermittelte 14 Zeichen im Rorschach, die zwischen Versuchspersonen, die einen Selbstmordversuch machen und Suizidanten differenzieren sollen. *Piotrowskis* Zeichen werden in der Übersicht auf S. 59 aufgeführt. Bisher fehlen noch ausreichende Validierungsstudien, die *Piotrowskis* Skala genügend absichern.

In einer methodisch ausgezeichneten Arbeit haben *Exner* und *Wylie* (42) empirisch 11 Variablen gefunden, die charakteristisch sind für den präsuizidalen Zustand.

In einer Rorschachprotokollsammlung mit 4.000 brauchbaren Aufnahmen hatten sie 41 Protokolle entdeckt, die innerhalb von 60 Tagen vor einem Suizid oder Suizidversuch aufgenommen worden waren. Durch schriftliche Anfragen an 108 Institutionen in USA und Kanada wurde dann das Untersuchungsmaterial vervollständigt. Es lagen schließlich vor:

- 59 Protokolle vor einem Suizid
- 31 Protokolle vor einem Suizidversuch
- 33 Protokolle nach einem Suizidversuch, bis 5 Tage nachher
- Kontrollgruppe depressive und schizophrene Klinikpatienten
- Kontrollgruppe Nichtpatienten.

Mit Hilfe der 11 gefundenen Variablen, die in einem Computer-Raster-Verfahren errechnet wurden, lassen sich 75% der Suizidanten und 45% der Suizidäre korrekt identifizieren. Falsche positive Resultate gibt es bei 20% der depressiven und 12% der schizophrenen Klinikpatienten. Die 11 Variablen bilden keine fixe Konfiguration, in den meisten Protokollen ließen sich 8 und mehr Variablen nachweisen. Diejenigen, die nach einem

Suizidversuch getestet wurden, lassen sich kaum von der psychiatrischen Kontrollgruppe unterscheiden. Zwar nimmt die Aussagemöglichkeit etwas zu, wenn man die gewählte Todesart berücksichtigt. Je letaler die gewählte Methode, desto eher läßt sich bei der nach Suizidversuch getesteten Gruppe das Variablenset bestätigen, aber auch dann ist die Verwechslung mit depressiven Klinikpatienten ohne suizidale Tendenzen sehr groß. Das Persönlichkeitsbild, das sich aus den empirisch gefundenen Variablen ableiten läßt, zeigt einen ausgesprochen desorganisierten psychischen Zustand, es sind Menschen, die sehr viel Schmerz und Frustration empfinden.

Die Variablen von *Exner* und *Wylie* ließen sich nicht mit denen von *Martin* vergleichen. *Martins* Signs zeigten keine signifikanten Ergebnisse.

Es ist zu vermuten, daß der Vergleich der Ansätze von *Martin*, *Piotrowski* sowie *Exner* und *Wylie* und eine kritische Auswahl aus den drei Checklisten zu den brauchbarsten Ergebnissen im Hinblick auf eine einfach zu handhabende Suiziddiagnostik mit dem Rorschach führt. Hier sind weitere prüfende Forschungsarbeiten sinnvoll (15).

Ad D.

Das Interesse, die Struktur und Dynamik von Kleingruppen mit Hilfe des gemeinsamen Rorschachtests zu erfassen, ist in den letzten Jahren aufgekomen (*Willi*, 41). Die jeweilige Kleingruppe wird dabei beobachtet, wie sie den Konsensus einer gemeinsamen Deutung erreicht, in der Literatur spricht man deshalb auch von Konsensrorschach. *Cutter* (10), *Cutter* und *Farberow* (11) haben Suizidale in der Familie sowie mit anderen Bezugspersonen beobachtet. Sie hatten aber Mühe, ihr reichhaltiges Material einzuordnen. Auf diesem Gebiet sind weitere Arbeiten zu erwarten.

Anhang

Interpretationsmöglichkeiten von Rorschachtestvariablen

Rorschachtestvariable	Interpretation	Autoren	Untersuchungsergebnisse
<i>Farbschock und Schattierungsschock</i> erfaßt durch: FSh – (ShF + Sh) FC – (CF + C) erhöhte negative Werte gemessen durch Zurückweisung der Tafel II, VIII, IX, X (Fb-Schock) IV, V, VI, VII (Hd-Schock)	Verarmung emotioneller Inhalte (nach <i>Rabin</i> , 34) CF-Betonung = activ conflict ShF-Betonung = deep anxiety	<i>Hertz</i> (20) <i>Fisher</i> (17) <i>Pratt</i> (33)	Hypothese bestätigt Hypothese nicht bestätigt Hypothese bestätigt
<i>Initialschock</i> auf Tafel I	Spricht für Selbstmordgebärden erpresserischer oder schuldgefühlproduzierender Art	<i>Phillips</i> u. <i>Smith</i> (32)	Nicht untersucht
<i>Helldunkelschock</i> auf Tafel IV	Unterdrückte Angst nach <i>Beck</i> (3)	<i>Sakheim</i> (36)	Hypothese bestätigt
<i>Menschliche Bewegungsantworten bei Tieren</i>	Hypothese nach <i>Piotrowski</i> (29): Pessimismus, enttäuschter Idealismus	<i>Sakheim</i> (36)	Hypothese bestätigt
<i>Kombination von Farbe und Schattierung</i> <i>HdFcol</i>	Nach <i>Bohm</i> (4): Bei hospitalisierten Patienten suizidale Tendenzen, sonst Einfühlungsfähigkeit. Nach <i>Piotrowski</i> (30): Emotionale Impulse von plötzlicher Angst begleitet, Angst, sich emotional einzulassen	<i>Applebaum</i> u. <i>Holzman</i> (2) <i>Neuringer</i> , <i>McEvoy</i> u. <i>Schlesinger</i> (28) <i>Applebaum</i> u. <i>Colson</i> (1) <i>Cutter, Jorgensen</i> u. <i>Farberow</i> (12) <i>Colson</i> u. <i>Hurwitz</i> (7)	Hypothese bestätigt Hypothese nicht bestätigt, sondern signifikant für Kontrollgruppe Hypothese bestätigt, aber HdFcol und HdFcol-Verlehen gewertet Hypothese nicht bestätigt Hypothese bestätigt

Fortsetzung S. 57

Fortsetzung

Rorschachtestvariable	Interpretation	Autoren	Untersuchungs- ergebnisse
<i>Achromatische Farben, reine Farben</i>	<i>Gegenindikator</i> zu Suizid	<i>Klopfer</i> et al. (22)	Nicht untersucht
<i>Reine Fb, reine Hd</i> evtl. DZw, BHd	Aggression, Introjektion der Aggression	<i>Zulliger</i> (nach <i>Bohm</i>) (5)	Nicht untersucht
Indirekte <i>Aggression in Inhalten</i> , wie Messer, Gewehr etc.	Indirekte Aggression, Aufopferungstendenz	<i>Fisher</i> u. <i>Hines</i> (18)	Hypothese nicht bestätigt
Klippe, Canyon, Abgrund, Kluft	nach Suizidversuchen	<i>Phillips</i> u. <i>Smith</i> (32)	Nicht untersucht
Offene Aggression in Inhalten, wie Kampf u.ä.	Offene Aggression spricht für echte Selbstmorde (nach <i>Hertz</i> aber Gegenindikator gegen Suizid)	<i>Piotrowski</i> (30)	Nicht untersucht
Offene Aggression		<i>Pratt</i> (33)	Hypothese nicht bestätigt
Offene Aggression		<i>Costello</i> (9)	Hypothese nicht bestätigt
<i>Attraktion zu D6 (Beck) auf Tafel VII</i>	D6 als „vaginaler Raum“ der „Mutterscheibe“, Wunsch, in den Mutterleib zurückzukehren	<i>Sapolsky</i> (37) <i>Cooper, Bernstein</i> u. <i>Hart</i> (8) <i>Drake</i> u. <i>Rusnak</i> (14) <i>Salpolsky</i> (38) <i>Cutter, Jorgensen</i> u. <i>Farberow</i> (12)	Hypothese bestätigt Hypothese nicht bestätigt Hypothese nicht bestätigt Hypothese mit Material von (14) bestätigt Hypothese nicht bestätigt
<i>Auf Tafel IV Inhalte, die etwas Kaputtes, Verdorbenes beinhalten</i>	Nach <i>Lindner</i> (24): „Suizidtafel“, schwere Depression mit suizidalen Zügen und selbstzerstörerischen Inhalten Häufiger, wenn der Rorschach kurz vor dem Suizid aufgenommen worden ist	<i>Broida</i> (6) <i>Cutter, Jorgensen</i> u. <i>Farberow</i> (12)	Hypothese nicht bestätigt Hypothese bestätigt
„Morbid Content“		<i>White</i> u. <i>Shreiber</i> (40)	Hypothese bestätigt

Fortsetzung

Rorschachtestvariable	Interpretation	Autoren	Untersuchungsergebnisse
<i>Gehäufte Inhalte:</i> Verletzung, Abstraktion, Eis, Waffe, Kampf, vermindert Blut	Suizidalität, empirisch gefunden	<i>Pratt</i> (33)	Hypothese bestätigt
<i>Inhalte zu einzelnen Tafeln:</i> I Karte, II Menschen in passiver Haltung, V geflügeltes Wesen im Flug, VI Objektantwort zu D oben, VII Karte, IX menschlicher Kopf zu rosa D unten, X ganze Pflanze	Suizidalität, empirisch gefunden	<i>Costello</i> (9)	Hypothese bestätigt
<i>c'</i>	Tiefsitzendes Bedürfnis nach Befreiung von der Angst durch offene Aktivität	<i>Piotrowski</i> (31)	Nicht untersucht

Die 17 Variabeln von Martin (25)

(Signierung der Farb- und
Schattierungsdeutungen
nach *Beck*, 3)

Ergebnisse der Validierungs-
untersuchungen in bezug auf
das Differenzierungsvermögen
der einzelnen Signs nach
suizidal und nichtsuizidal

*Martin Daston Weiner
Sakheim*

1. Anzahl D < 6 oder > 20			
2. D% < 60 oder > 79			
3. Anzahl CF > 0 bis < 3	.05	.05	.10
4. Total der Farbantworten < 1			
5. Summe C > 1.0 bis < 3.5	.05	.05	
6. C oder CF werden erst auf den Tafeln VII–X gebraucht: ja	.05		.05
7. C und/oder CF mit Summe Y + Summe T < 1	.05	.05	.10
8. Anzahl (FV + VF) < 1	.05	.05	
9. Summe Y < 1			

*Martin Daston Weiner
Sakheim*

- | | | |
|--|-----|----------------------------|
| 10. Total der Schattierungsant. < 1 | | |
| 11. Differenz B und Summe C < 1.5 | .05 | |
| 12. Anzahl (M + Md) > 6 | | |
| 13. Anzahl Determinanten < 6 oder > 13 | | |
| 14. Antw.% $> 29\%$ | | sig. umgek.
zur Erwart. |
| 15. Anzahl V < 3 oder > 6 | | |
| 16. V < 3 bei f + % $> 60\%$ | .05 | |
| 17. 1. RZ < 27 sec. | | |

Die 14 Zeichen nach Piotrowski (31)

1. R, Antwortenzahl, unter 20
2. Mindestens ein Versager
3. Schattierungsschock auf Tafel IV
4. Sexschock auf Tafel VI oder VII
5. Verzögerung der ersten bedeutungsvollen Farbantwort
6. Mindestens eine Schattierungsantwort zu Farbtafeln (FbHd, Hdcol)
7. Prozentsatz der Antworten mit menschlichem Inhalt (M + Md%) unter 10%
8. Mindestens eine Antwort mit dem Inhalt „Nahrung“
9. Mindestens eine Erwähnung von Tod
10. Mindestens eine menschliche Bewegungsantwort, die freies Tanzen ausdrückt
11. Mindestens eine Bewegungsantwort (B oder b), die eine augenblickliche oder freudige Tätigkeit ausdrückt
12. Keine konstruierten Ganzantworten
13. Spontane Kritik: nein
14. Mehr als 2 Zwischenfigurdeutungen: nein

Die 11 Zeichen nach Exner und Wylie (42)

1. $FV + VF + V + FD$ größer als 2
(Vista Variable und Form Dimension haben beide Bezug zu Introspektion. Vista als inneres Erleben von Unwohlsein und Schmerz. Am häufigsten bei Leuten, die sich selbst in Frage stellen. Fehlen fast ganz von Adoleszenten)
2. $Hdcol$ größer als 0
(Gleichzeitiges Erleben von Freude und Schmerz, abortive Form von gefühlsmäßiger Erfahrung. Möglicherweise Zeichen für Ambivalenz)
3. Egocentricity ratio $3r + (2)/R$ kleiner als .30
(Egocentricity Ratio am tiefsten bei Leuten, die zurückgezogen, depressiv und oft mit ihrem Versagen beschäftigt sind)
4. Zd größer als ± 3.5
(Zd sehr hoch bei zwangshaften Feldabhängigen. Ungenügende Entscheidungsprozesse wegen Gefahr, Stimuli falsch zu interpretieren)
5. Experience Potential (EP) größer als Experience Actual (EA)
(Anzeichen dafür, daß der Proband nicht gut über seine Möglichkeiten verfügen kann, Gefahr, überrannt zu werden, „acted on“)
6. $(FbF + Fb)$ größer als FFb
(Oft bei Kindern, von Gefühlen überwältigt werden)
7. Zw größer als 3
(Widerstand und Negativismus, Autonomieproblematik)
8. $X + \%$ weniger als 70%
($X + \%$ von $F + \%$ abgeleitet, bezieht sich auf gute Wahrnehmung, Realitätskontrolle, tief bei Schizophrenen)
9. M ohne (M); Md ohne (Md) kleiner als 2
(Geringes Interesse an anderen Leuten oder Schwierigkeiten, mit anderen umzugehen)
10. V kleiner als 3 oder größer als 8
(Möglichkeit oder Bereitschaft, Gewöhnliches zu sehen, oft tief bei Psychotikern, hoch bei Leuten, die Eigenständigkeit für starre, konventionelle Grenzen opfern)
11. Antwortenzahl kleiner als 17
(Tief bei Depressiven, Organikern, bei großem Widerstand, Zeichen für Einschränkung, die ganzen psychologischen Prozeß betrifft)

Literatur

- (1) *Applebaum, S. A., D.B. Colson*: A Reexamination of the Colorshading Rorschach Test Response and Suicide Attempts. *J. Proj. Techn. Pers. Ass.* 32 (1968) 160–164
- (2) *Applebaum, S.A., P.S. Holzman*: The Color-shading Response and Suicide. *J. Proj. Techn. Pers. Ass.* 26 (1962) 155–161
- (3) *Beck, S.J.*: The Rorschach Experiment. Grune & Stratton, New York 1960
- (4) *Bohm, E.*: Lehrbuch der Rorschach Psychodiagnostik. Huber, Bern 1951
- (5) *Bohm, E.*: Psychodiagnostisches Vademecum. Huber, Bern 1960
- (6) *Broida, D.C.*: An Investigation of certain Psychodiagnostic Indications of Suicidal Tendencies and Depression in Mental Hospital Patients. *Psychiatr. Quart.* 28 (1954) 453–464
- (7) *Colson, D.B., B.A. Hurwitz*: A new Experimental Approach to the Relationship between Color-shading and Suicide Attempts. *J. Pers. Ass.* 37, 1973
- (8) *Cooper, G.W., L. Bernstein, C. Hart*: Predicting Suicidal Ideation from the Rorschach: An Attempt to Cross Validate. *J. Proj. Techn. Pers. Ass.* 29 (1965) 168–170
- (9) *Costello, C.G.*: The Rorschach Records of Suicidal Patients: An Application of a Comparative Matching Technique. *J. Proj. Techn.* 22 (1958) 272–275
- (10) *Cutter, F.*: Role Complements and Changes in Consensus Rorschachs. *J. Proj. Techn. Pers. Ass.* 32 (1968) 338–347
- (11) *Cutter, F., N.L. Farberow*: Serial Administration of Consensus Rorschachs to one Patient. *J. Proj. Techn. Pers. Ass.* 32 (1968) 358–374
- (12) *Cutter, F., M. Jorgensen, N.L. Farberow*: Replicability of Rorschach Signs with known Degrees of Suicidal Intent. *J. Proj. Techn. Pers. Ass.* 32 (1968) 428–434
- (13) *Daston, P.G., G.A. Sakheim*: Prediction of Successful Suicide from the Rorschach Test, using a Sign Approach. *J. Proj. Techn.* 24 (1960) 355–361
- (14) *Drake, A.K., A.W. Rusnak*: An Indicator of Suicidal Ideation on the Rorschach: A Replication. *J. Proj. Techn. Pers. Ass.* 30 (1966) 534–544
- (15) *Farberow, N.L.*: The Use of the Rorschach in Predicting and Understanding Suicide. *J. Pers. Ass.* 38 (1974) 412–419
- (16) *Ellenberger, H.*: The Life and Work of Hermann Rorschach. *Bull. of the Menninger Clinic*, Vol. 18, 1952
- (17) *Fisher, S.*: The Value of the Rorschach for Detecting Suicidal Trends. *J. Proj. Techn.* 15 (1951) 250–254
- (18) *Fisher, S., E. Hines*: The Organization of Hostility Controls in Various Personality Structures. *Gen. Psychol. Monogr.* 44 (1951) 3–68
- (19) *Hertz, M.R.*: Suicidal Configurations in Rorschach Records. *Rorschach Exchange and Proj. Techn.* 12 (1948) 3–58
- (20) *Hertz, M.R.*: Further Study of 'Suicidal' Configurations in Rorschach Records. *Rorschach Research Exchange and J. Proj. Techn.* 13 (1949) 44–73
- (21) *Klopfer, B., H.H. Davidson*: Das Rorschach-Verfahren. Huber, Bern 1967
- (22) *Klopfer, B., M.D. Ainsworth, W.G. Klopfer, R.R. Holt*: Developments in the Rorschach Technique, Vol. 1, Technique and Theory. Harcourt, Brace & World, New York 1954
- (23) *Lester, D.*: Attempts to Predict Suicidal Risk Using Psychological Tests. *Psychol. Bull.* 74 (1970) 1–17
- (24) *Lindner, R.M.*: The Content Analysis of the Rorschach Protocol. In: *L.E. Abt, L. Bellak* (eds.), *Projective Psychology*. Knopf, New York 1950
- (25) *Martin, H.A.*: A Rorschach Study of Suicide. Unpublished doctoral dissertation. University of Kentucky 1951

- (26) *Neuringer, C.*: The Rorschach Test as a Research Device for the Identification, Prediction and Understanding of Suicidal Ideation and Behaviour. *J. Proj. Techn. Pers. Ass.* 29 (1965) 71–82
- (27) *Neuringer, C.*: Rorschachinkblot Test Assessment, in *Psychological Assessment of Suicidal Risk*. Charles C. Thomas, Springfield, Ill. 1974
- (28) *Neuringer, C., T.L. McEvoy, R.J. Schlesinger*: The Identification of Suicidal Behaviour in Females by the Use of the Rorschach. *J. Med. Psychol.* 72 (1965) 127–133
- (29) *Piotrowski, Z.A.*: A Rorschach Compendium. State Hospital Press, Utica 1950
- (30) *Piotrowski, Z.A.*: Psychological Test Prediction of Suicide. In: *Resnik* (ed.), *Suicidal Behaviours*. Little, Brown & Co., Boston 1968
- (31) *Piotrowski, Z.A.*: Test Differentiation between Effected and Attempted Suicides. In: *K. Wolff* (ed.), *Patterns of Self-destruction: Depression and Suicide*. Charles C. Thomas, Springfield, Ill. 1970
- (32) *Phillips, L., J.G. Smith*: Rorschach Interpretation: Advanced Technique. Grune & Stratton, New York 1953
- (33) *Pratt, C.*: A Validation Study of Intropunitive and Extrapunitive Signs on the Rorschach Test, based upon Records Given by Suicidal and Homicidal Subjects. Unpublished doctoral dissertation. Purdue University 1951
- (34) *Rabin, A.L.*: Homicide and Attempted Suicide: A Rorschach Study. *Am. J. Orthopsychiatry* 16 (1946) 516–524
- (35) *Rorschach, H.*: Psychodiagnostik. Methodik und Ergebnisse eines wahrnehmungsdiagnostischen Experiments (Deutenlassen von Zufallsformen), 4. u. folgende Aufl. Huber, Bern 1941 ff.
- (36) *Sakheim, G.A.*: Suicidal Responses on the Rorschach Test: A Validating Study. *J. Nerv. Ment. Disorders* 122 (1955) 332–344
- (37) *Sapolsky, A.*: An Indicator of Suicidal Ideation on the Rorschach Test. *J. Proj. Techn. Pers. Ass.* 27 (1963) 332–335
- (38) *Sapolsky, A.*: Comment on Drake and Rusnak. *J. Proj. Techn. Pers. Ass.* 31 (1967) 95
- (39) *Weiner, I.B.*: Cross-validation of a Rorschach Checklist Associated with Suicidal Tendencies. *J. Cons. Psychol.* 25 (1961) 312–315
- (40) *White, M.A., H. Shreiber*: Diagnosing 'Suicidal Risks' on the Rorschach. *Psychiatr. Quart. Suppl.* 26 (1952) 161–189
- (41) *Willi, J.*: Der gemeinsame Rorschach Versuch – ein direkter Einblick in die Struktur und Dynamik von Kleingruppen. *Z. Gruppenpsychotherapie u. Gruppendynamik* III (1970) 13–29
- (42) *Exner, J.E., J. Wylie*: Some Rorschach Data concerning Suicide. *J. Pers. Ass.* 41, 4 (1977) 339–348

Thematic Apperception Technique, Object Relations Technique

Der Thematic Apperception Test (TAT) von *Murray* (7) und die Object Relations Technique (ORT) von *Phillipson* (8) verlangen von der Testperson die Interpretation von mehr oder weniger strukturierten, bildlichen Darstellungen. Zum jeweils präsentierten Bild soll eine Geschichte erzählt werden, die die Szene beschreibt und auch auf Hintergründe und Zukunftserwartungen weist. Die Testperson kann so ihre Wertungen, Wünsche und Erfahrungen projizieren. Durch dieses Material ist es möglich, einen komplexen, inhaltsreichen Zugang zur Persönlichkeit zu finden. Allerdings ist es trotz verschiedener Ordnungssysteme nur schwer möglich zu beurteilen, welche Anteile der Geschichten das Phantasieleben, welche die realen Verhaltensweisen der Testperson spiegeln.

McEvoy (6) hat in einem Übersichtsreferat 1974 zu erklären versucht, warum die Ergebnisse der Selbstmordforschung mit dem TAT völlig unergiebig ausfielen. Alle Arbeiten versuchten in irgendeiner Art und Weise, Einblick in die Art der Aggressionsverarbeitung zu bekommen. Es konnte nicht bestätigt werden, daß Suizidale auffällige Erlebnisse zeigen im Hinblick auf innengewendete, indirekte, intropunitiv Aggressionen. Inhalte zu bestimmten Tafeln waren nicht aufschlußreich (1, 5). Auch durch die Art der gewählten Helden (F) und durch Masochistic oder Intropunitiv Scores (N + L) konnten Suizidale von Nichtsuizidalen nicht unterschieden werden (2, 4, 9).

Es scheint also zweifelhaft, die Tafel 3 BM als „Suicidal Card“, Suizidtafel, zu bezeichnen, auch sind 6 BM und 3 MF nicht so ohne weiteres als „Aggressionstafeln“ zu verwerten.

Henseler (3) hat bei seinen Patienten in 50 Fällen kurz nach einem Suizidversuch ORT-Aufnahmen gemacht und dabei festgestellt, daß noch zur ersten und zur zweiten Tafel eine Geschichte entworfen wurde, daß aber die folgenden Geschichten kurz, karg und schablonenhaft blieben. Es ist noch offen, inwieweit dies ein charakteristischer Befund ist.

Insgesamt läßt sich feststellen, daß die Selbstmordforschung mit dem TAT und dem ORT keine positiven Ergebnisse gebracht hat.

Hinsichtlich der wiederholten negativen Ergebnisse zu selbstdestruktiven Inhalten im TAT wäre zu fragen, ob nicht vielmehr die Aggressionstheorie der Suizidalität zu revidieren sei. Die mangelhaften Ergebnisse zur Aggressionsthematik beim TAT stimmen im übrigen mit den Erfahrungen beim Rorschach überein. Vielleicht ist es tatsächlich unrichtig, inhaltlich formulierbare Aggressionen anzunehmen.

Literatur

- (1) Broida, D.C.: An Investigation of Certain Psychodiagnostic Indications of Suicidal Tendencies and Depression in Mental Hospital Patients. *Psychiatr. Quart.* 28 (1954) 453–464
- (2) Fisher, S., E. Hinds: The Organization of Hostility Controls in various Personality Structures. *Gen. Psychol. Monogr.* 42 (1950) 3–73
- (3) Henseler, H.: Narzißtische Krisen, Zur Psychodynamik des Selbstmordes. Rowohlt Taschenbuch, Hamburg 1974
- (4) Levenson, M., C. Neuringer: Intropunitiveness in Suicidal Adolescents. *J. Proj. Techn. Pers. Ass.* 34 (1972) 409–411
- (5) McEvoy, T.L.: An Investigation of Aggressive Fantasy in Suicide. Unpublished doctoral dissertation. Univ. of California, Los Angeles 1963
- (6) McEvoy, T.L.: Thematic Apperception Test. In: C. Neuringer (ed.), *Psychological Assessment of Suicide Risk*. Charles C. Thomas, Springfield, Ill. 1974
- (7) Murray, H.A. et al.: *Explorations in Personality*. Oxford Univ. Press, New York 1938
- (8) Phillipson, H.: *The Object Relations Technique*. Tavistock Publications, London 1955
- (9) Shneidman, E.S., N.L. Farberow: TAT Heroes of Suicidal and Non-suicidal Subjects. *J. Proj. Techn. Pers. Ass.* 22 (1958) 211–228

Inhaltsanalyse von Abschiedsbriefen

Die Analyse der letzten Aufzeichnungen von Suizidanten ist eine der besten Möglichkeiten, zum eigentlichen Selbstmordakt Zugang zu gewinnen. Abschiedsbriefe werden meist wenige Minuten vor der Suizidhandlung verfaßt und spiegeln die eigentümliche Verfassung des Suizidalen kurz vor dem Freitod. Etwa ein Sechstel aller Suizidanten hinterläßt solche Mitteilungen. Inwiefern sich die Schreiber von Abschiedsbriefen von anderen Suizidanten, die keine Aufzeichnungen hinterlassen, unterscheiden, ist nicht ganz geklärt. Sozialpsychologische Faktoren, wie sie in sozioökonomischen Statistiken erfaßt werden können, dürften weniger eine Rolle spielen (*Shneidman* und *Farberow*, 12). Persönliche Motive, die mit der Besetzung des Schreibakts zusammenhängen und mit Wünschen, doch noch eine Beziehung zur lebendigen Welt aufrecht zu erhalten, stehen im Vordergrund. *Gottschalk* und *Gleser* (4) meinen, daß die Wortwahl der Abschiedsbriefe dafür spricht, daß sich die Abschiedsbriefschreiber in außergewöhnlicher Weise mit den Objekten der lebendigen Welt auseinanderzusetzen versuchen.

Es ist einleuchtend, daß Abschiedsbriefe besonders geeignete Dokumente sind, die es im nachsuizidalen Zustand erlauben, unverfälscht Einblick in die Qualität der Suizidhandlung zu bekommen. Es ist jedoch zu diskutieren, warum die Inhaltsanalyse von Abschiedsbriefen in einer Testübersicht erscheint.

Zum ersten wurden Abschiedsbriefe mit ähnlichen Methoden überprüft wie andere Tests, die Verhaltensstichproben durch gezielte Instruktionen gewinnen. Abschiedsbriefe sind signierbar und klassifizierbar, es lassen sich Normen feststellen. Heute gibt es ein zuverlässiges, validierbares Testsystem, um echte Abschiedsbriefe von Fälschungen zu unterscheiden. Zum zweiten wurden die mit Hilfe der Inhaltsanalyse gewonnenen Kenntnisse in ein Testverfahren integriert, das im Suicide Prevention Center von Los Angeles eingeführt wurde (*Shneidman* et al., 14).

Die Testperson wird aufgefordert, ein Doppel des eigenen Abschiedsbriefs zu schreiben oder einen Abschiedsbrief zu erfinden. Anhand der Qualität der Testbriefe kann die Suizidgefahr eingeschätzt werden. Dieses Testinstrument ist allerdings mit einer gewissen Vorsicht zu gebrauchen; der Testleiter muß entscheiden, ob diese Aufgabe zumutbar erscheint und ob die Testprobe in einer Serie anderer Texte einzubauen ist, Vergleichstexte zum schönsten Tag, zum großen Wunsch oder ähnlichem.

Im folgenden werden die Arbeiten und Ergebnisse zur Inhaltsanalyse von Abschiedsbriefen dargestellt.

Aus dem 19. Jahrhundert sind Sammlungen von Abschiedsbriefen bekannt, so von *De Boismon* (2), aber erst im 20. Jahrhundert wurde begonnen, solche Dokumente systematisch zu erforschen. *Michael* (6) ver-

öffentlichte 1944 eine Dokumentation von 166 Abschiedsbriefen berühmter Menschen, von der Antike bis zur Moderne. *Morgenthaler* (7) untersuchte ein Jahr später 47 Abschiedsbriefe, die 1928–1935 in Bern geschrieben worden waren. Aufgrund inhaltlicher Erfassung und graphologischer Charakteranalysen stellte er eine Liste der Hauptzüge dieser Selbstmörder zusammen, und zwar nach der Häufigkeit ihres Vorkommens. Von den 15 Punkten *Morgenthals* sind bedeutsam: 1. Festigkeit im psychischen Gefüge bis hin zu Steifigkeit und Starrheit, 2. Radikalismus, Einengung auf ein Entweder-Oder, 3. Unsicherheit, Ambivalenz, Entschlußunfähigkeit. Erst an 4. Stelle folgt die Aggressivität, an 5. Stelle stehen depressive Züge. Die Befunde, besonders die Punkte 1 und 2 von *Morgenthaler*, decken sich erstaunlich mit den Ergebnissen, welche die intensive Forschung seit 1957 hervorgebracht hat.

Das große Interesse am Studium der Abschiedsbriefe begann mit den Veröffentlichungen von *Shneidman* und *Farberow*. In „Clues to Suicide“ (11) publizierten sie ihr Untersuchungsmaterial, nämlich 66 Abschiedsbriefe, wobei jedem echten Abschiedsbrief ein passender gefälschter zugeordnet ist. Die echten Abschiedsbriefe wurden 1945–1955 von verheirateten, protestantischen, weißen, männlichen Erwachsenen geschrieben, die aus dem Raum von Los Angeles stammten. Die gefälschten Abschiedsbriefe wurden von sorgfältig ausgewählten Normalpersonen geschrieben, die über die genannten Kriterien hinaus, im Alter und in der Berufskategorie den entsprechenden Suizidalen gleichen mußten. Das beschriebene Untersuchungsmaterial und ähnliche, nach dem Modell von *Shneidman* und *Farberow* angelegte Sammlungen wurden auf die verschiedenste Art und Weise bearbeitet. Abschiedsbriefe wurden vom phänomenologischen Gesamteindruck her betrachtet (*Jacobs*, 5), die Satzphasen wurden gewichtet (*Shneidman* und *Farberow*, 14, *Osgood* und *Walker*, 9), die Wortarten wurden ausgezählt (*Gottschalk* und *Gleser*, 4). Diese Methoden erlauben es, in den charakteristischen sprachlichen Aufbau der Abschiedsbriefe Einblick zu gewinnen (3, 4, 9, 15). Zudem werden die logischen Strukturen bloßgelegt (*Tripodes*, 17). Die Informationen darüber, wodurch und inwieweit sich echte und gefälschte Abschiedsbriefe unterscheiden lassen, liefern sowohl kriminologisch als auch testologisch verwertbare Ergebnisse. Es zeigte sich, daß echte und gefälschte Abschiedsbriefe unterscheidbar sind. Die echten Abschiedsbriefe werden durch folgende Merkmale charakterisiert (*Shneidman*, 10):

- Dichotomische Logik
- Ein größeres Maß an Feindseligkeit und Selbstanklagen
- Verstärkten Gebrauch von spezifischen Namen sowie genauen Instruktionen an die Überlebenden
- Geringeres Vorkommen von Vorstellungen über das eigene Denken
- Vermehrten Gebrauch der verschiedenen Bedeutungen des Wortes Liebe.

Generell läßt sich sagen, daß Abschiedsbriefe überraschend gewöhnlich, banal, und phantasiearm wirken. Oft sind sie im Telegrammstil verfaßt, gleichen manchmal Parodien von pflichtschuldigen Postkartengrüßen. Eine gewisse Ausnahme machen die Abschiedsbriefe von unheilbar Kranken (5), deren Selbstmordakt durchaus auf Verständnis der Umwelt stößt. Hier wird am ehesten im ursprünglichen Sinn Abschied genommen. Es lassen sich subtilere und umfangreichere Darstellungen der eigenen Todeserwartung und der Postulate an die Umwelt finden.

Im folgenden werden, stellvertretend für die vielen Arbeiten mit Abschiedsbriefen, die Untersuchungsergebnisse von *Shneidman* und *Farberow* (13), *Gottschalk* und *Gleser* (4), *Osgood* und *Walker* (9) sowie *Tripodes* (17) genauer dargestellt.

Es ist zu beachten, daß die Angaben zunächst nur für die ursprünglichen 66 amerikanischen Texte gelten. In beschränktem Umfang gibt es Untersuchungen mit Material aus anderen Sprach- und Kulturgruppen (Dänemark), die die vorliegenden Ergebnisse bestätigen. Es ist dennoch möglich, daß Traditionen, Denk- und Sprachgewohnheiten im Deutschen etwas andere Daten erbringen würden. Eine genaue Untersuchung für unseren Sprachbereich wäre wünschenswert.

Shneidman und *Farberow* (13) benutzten *Mowrers* Konzept (8) des „Discomfort-Relief Quotienten“ (DRQ). Inhalte werden dadurch analysiert, daß Gedankeneinheiten nach ihrer Gefühlsqualität eingestuft werden. Die Kategorien sind: Discomfort (unbehaglich, unwohl), Relief (erleichternd, entlastend) und Neutral (neutral). Der DRQ ist das Verhältnis von Discomfort zu Discomfort und Relief.

Echte Abschiedsbriefe zeichneten sich durch eine signifikant höhere Anzahl von Discomfort-Äußerungen aus. Die Autoren schilderten darüber hinaus ihren Eindruck von der Affektqualität der Discomfort-Äußerungen und fanden bei den echten Abschiedsbriefen tiefere Gefühle von Haß, Schuld, Rache und Selbstanklage. In weiteren fiel die große Anzahl neutraler Äußerungen auf. Die Autoren deuten dies als Ausdruck von unrealistischen Omnipotenz- und Omnipräsenzgefühlen der suizidalen Individuen.

Die Anzahl der Relief-Äußerungen und der DRQ selbst erwiesen sich nicht als brauchbares Unterscheidungskriterium.

Osgood und *Walker* (9) haben in einer umfassenden Arbeit zur Inhaltsanalyse von Abschiedsbriefen Hypothesen zur Motivation von Suizidalen gebildet und diese mit verschiedensten Meßmethoden überprüft. Als unterscheidungskräftig, signifikant über dem .01-Niveau, stellten sich folgende Ansätze heraus:

Die Summe der Substantive und Verben ist im Verhältnis zur Summe der Adjektive und Adverbien erhöht. Die Annahme, in einem Zustand erhöhter Spannung bestehe eine geringe Tendenz, Substantiv- und Verb-

formen genauer zu modifizieren, wurde bestätigt. Es kommt zu einer größeren Zahl einfacher Aussagen, die als ein Maß für Stereotypie genommen werden können.

Die Anzahl „Mands“ per 100 Wörter ist erhöht. Der Begriff „Mands“ bezeichnet Äußerungen, die (a) ein Bedürfnis des Sprechers ausdrücken und die (b) eine Reaktion einer anderen Person zu ihrer Befriedigung verlangen. Es geht um Aussagen, die im weitesten Sinn einen Imperativ enthalten, z.B.: Verbrenne mich, dies ist ein Befehl! Bitte verstehe mich! Ich hoffe, Du vergibst! Möge Gott mir vergeben!

Das Verhältnis der ambivalenten, wertenden Aussagen zur Gesamtzahl aller Aussagen ist erhöht. Ambivalent wertende Aussagen wie: „Ich liebe Dich, Du hast mir nie vertraut.“, bei denen ein „aber“, „hingegen“ und ähnliches dazwischen geschaltet werden kann, spiegeln sehr direkt die widerstrebenden Suizidmotive. Die Widersprüche sind als Maß der Konflikthaftigkeit bei Suizidalen zu betrachten.

Worte, die Liebe ausdrücken (darling, honey, love, hope) sowie Beziehungen zur Mutter sind in echten Abschiedsbriefen gehäuft vertreten. Einfache, konkrete Handlungen werden in den Verben ausgedrückt (tell, do, get, take, give). In gefälschten Abschiedsbriefen erscheinen mehr Abstraktionen (life, way, all) sowie Anspielungen auf die Lebensversicherung.

Noch genauer geht die Untersuchung von *Gottschalk* und *Gleser* (4) auf den Wortgebrauch der Abschiedsbriefe ein. Sie haben ein, wie sie es nennen, „atomistisches“ Auswertungsverfahren gewählt. Jedes Wort wird in zwei Systemen kategorisiert, einmal entsprechend der grammatikalischen Klassifikation und zum anderen in einer sogenannten psychologischen Klassifikation. Unter psychologischen Kategorien werden expressive und deskriptive Funktionen der Wörter verstanden, die nicht in einer strikten grammatikalischen Klassifikation erkennbar sind, wie Anrede in der zweiten oder dritten Person, Belebtes und Unbelebtes. Insgesamt wurden so 34 Kategorien aufgestellt. Der Prozentsatz jeder Wortkategorie in bezug zum Total aller Wörter wurde für jeden Brief errechnet. Die aus diesen Berechnungen ableitbaren Kriterien, um Abschiedsbriefe als echt zu beurteilen, sind in der folgenden Tabelle von *Gottschalk* und *Gleser* zusammengestellt worden.

In einer Validierungsuntersuchung mit 37 weiteren Abschiedsbriefen ließen sich die Ergebnisse im großen und ganzen bestätigen. Allein bei den Hilfswörtern 26,00% konnten keine signifikanten Unterschiede gefunden werden. Für die Kombination von Hilfswörtern mit anderen Kategorien waren die Unterschiede zwar signifikant, über dem .05-Niveau, sie sind aber mit einer gewissen Vorsicht anzuwenden.

Possible cut-off points to discriminate between genuine and false suicide notes in a series of 66 notes, 33 genuine and 33 false

Criteria for judging note as genuine	Number of notes judged genuine		
	Simulated	Genuine	Total
Words of cognition < 3,00%	9	16	25
References to place or spatial relations > 0	12	21	33
Substantives $\geq$ 36,00%	7	22	29
References to others (2nd and 3rd person) $\geq$ 11,00%	3	20	23
References to inanimate objects > 0	8	18	26
Auxiliary words < 26,00%	8	27	35
References to objects $\geq$ 25,00%	5	25	30
* Auxiliary words < 21,00% or others (2nd and 3rd person) $\geq$ 11,00%	3	26	29
* Auxiliary words minus others (2nd and 3rd person) < 14,00%	2	27	29
* Auxiliary words minus others (2nd and 3rd Person) < 14,00% or inanimate objects > 1,00%	5	31	36

* These are possible ways to combine criteria so as to increase discrimination between false and genuine notes. For example, selecting those notes for which the percentage of auxiliary words minus the percentage of references to others (2nd and 3rd person) is less than 14% plus those remaining notes in which the percentage of references to inanimate objects is greater than 1%, would result in selecting 31 of the 33 genuine suicide notes and only five of the 33 simulated notes.

Unter dem Titel „Idio-logic“ beschreibt *Tripodes* 1976 (17) seine Ergebnisse beim minutiösen Auswerten der Denkabläufe in echten Abschiedsbriefen. Er benutzt ein „Inventory of Reasoning Patterns“, das er in Zusammenarbeit mit *Shneidman* erarbeitet hat. Dieses System soll es ermöglichen, einen Zusammenhang zwischen vorherrschenden Denkformen und psychischen Merkmalen eines Menschen systematisch herzustellen. *Tripodes* fand bei den Abschiedsbriefen von Suizidanten:

Irrelevante Äußerungen werden häufig gemacht. Darunter ist zweierlei zu verstehen. Erstens werden häufig Prämissen gemacht, von denen behauptet wird, sie seien maßgebend für die Entscheidung, sich das Leben zu nehmen, bei denen aber von einem streng logischen Gesichtspunkt her kein Zusammenhang besteht. Im zweiten werden manche Aspekte übergenau verdeutlicht; es werden absolute, objektive Aussagen gemacht, nichts scheint implizit verständlich, beim Empfänger als Vorwissen voraussetzbar.

Die Satzstruktur dient dazu, den Inhalt der Aussagen zu verstecken. Aussagen unterschiedlicher Bedeutsamkeit werden gleichwertig nebeneinander gestellt.

Dichotomie zeigt sich nicht im Gegeneinandersetzen von Behauptungen, sondern vielmehr im Fehlen von Alternativen. „Ad populum“-Argu-

mente werden vermieden, d.h. es kommt nicht zu einem Versuch, sich im Rahmen gesellschaftlicher Erwartungsvorstellungen zu rechtfertigen, allgemein akzeptable Erklärungsversuche zu machen.

Modalitäten werden vermischt. Das, was ist und das, was sein sollte, wird als gleiches Objektivum behandelt. Dies wird besonders bei kritischen, herabsetzenden Feststellungen deutlich.

Mit Hilfe ganz verschiedener Untersuchungsmethoden sind doch immer wieder ähnliche Beobachtungen gemacht worden.

Als typischer Abschiedsbrief kann dieser gelten:

„This is nobody's fault but my own. Please forgive me and good bye for everyone

Harry

There is a clean suit at Kenton's cleaners on McMillan St. — near Woodburn.” (4)

Schlußfolgerungen

Bei der Untersuchung von Abschiedsbriefen ging es nicht nur darum, echte von unechten Abschiedsbriefen unterscheiden zu können, vielmehr weckten diese Arbeiten Hoffnungen, so etwas wie eine via regia zur Psyche der Suizidalen gefunden zu haben. Es wurde nach den motivationalen und emotionalen Hintergründen gefragt, nach den Verbindungen zwischen Sprach- und Logikstruktur und mentalen Prozessen. *Shneidman* (10) beschreibt, wie sehr diese Erwartungen enttäuscht wurden. Statt einen Eindruck in die Entwicklung bis zum Tod zu bekommen — Leere, Banalität, Irrelevantes. *Shneidman* führt dies zurück auf die Unfähigkeit des Menschen, seinem eigenen Tod ohne Schrecken entgegenzusehen. Er meint, daß bis zur Suizidhandlung Todeserwartung und -verleugnung einander ständig abwechseln, bis zum Schluß ein Zustand eintritt, den *Alvarez* (1) „die geschlossene Welt des Suizids“ nennt. Sobald ein Mensch sich entschlossen hat, sein eigenes Leben zu nehmen, tritt er in eine abgeschiedene, undurchdringliche, aber vollkommen überzeugende Welt ein, wo jedes Detail, jedes Ereignis stimmt und den Entschluß bekräftigt. Dieser Aspekt des Selbstmordaktes spiegelt sich in den Abschiedsbriefen. Die innere Logik und die unwiederholbare Verzweiflung eines solchen Todes bleibt mit dieser Methode aber dem Zugriff des Psychologen verborgen.

Der Ärger über diesen Mißerfolg, der sich bei *Shneidman*, dem wohl meist involvierten Forscher auf diesem Gebiet, in Sätzen wie: „He is simply not at his cerebral best at the moment of truth.” ausdrückt (10, S. 260), scheint erklärungsbedürftig. Es ist theoretisch gar nicht anzunehmen, daß Menschen, die sich in einer Selbstmordhandlung, eben einer Handlung, ausdrücken, sich zusätzlich in sprachlich formulierte Erklärungen und Einsichten ausdrücken sollten. Die Handlung ist Ausdruck genug,

der Abschiedsbrief allenfalls eine Bekräftigung. Hinzu kommt die allgemeine Schwierigkeit, emotional verdichtete Momente gestalterisch darzustellen. Die Fähigkeit, dem eigenen Erleben plastisch Ausdruck zu verleihen, ist weitgehend von schriftstellerischer Begabung und gelernter Darstellungstechnik abhängig, nur wenige Menschen verfügen über diese Gestaltungsmöglichkeit. Deshalb ist es unangemessen, solche außergewöhnlichen Produkte in einer durchschnittlichen Auswahl von Abschiedsbriefen zu erwarten. Darüber hinaus werden in diesen Abschiedsbriefen wiederum nur die gemeinsam abweichenden Charakteristika aus dem Gruppenvergleich echter und gefälschter Abschiedsbriefe als bedeutsam gesehen. Der einzelne Mensch, dessen Tragik sich durchaus in gewissen Details seiner Formulierungen spiegeln kann, steht nicht im Blickfeld der Betrachtung. Gerade dies gilt es nach *Shneidman* nachzuholen, er regt vermehrte, intensive Langzeitstudien an. Der Abschiedsbrief soll in den Kontext des gesamten Lebenslaufes hineingenommen werden. Geeignet scheinen *Shneidman* besonders Tagebücher und Aufzeichnungen von Schriftstellern.

Die Anregung, psychologische Erkenntnis wieder vermehrt aus dem Studium suizidbeschreibender Literatur und der Lebensgeschichte ihrer Autoren zu gewinnen, soll im Ausblick auf die Weiterentwicklung der Suiziddiagnostik Beachtung finden.

Bis heute gibt es erst wenige Untersuchungen, die Abschiedsbriefe an anderen schriftlichen Dokumenten der gleichen Person messen. Es gibt einen Vergleich von Abschiedsbriefen mit Briefen an Verwandte und Freunde (*Osgood* und *Walker*, 9) sowie einen Vergleich zwischen Abschiedsbriefen und TAT-Protokollen aus der Zeit vor der Suizidhandlung (16).

Die Abschiedsbriefe zeigten sprachlich mehr Stereotypiemiernkmale, mehr selbst- und fremdkritische Behauptungen, mehr Aufforderungssätze, mehr Konfliktanzeichen, deutlich an Satzkonstruktionen mit *aber*, *wenn*, *zwar* usw.

Der logische Stil erwies sich als eingengter, redundanter, wirrer, aufgelöster. Damit wird die Behauptung, daß Abschiedsbriefe tatsächlich in einem sehr spezifischen Moment geschrieben werden und daß die Äußerungen mehr von der Qualität des bevorstehenden Selbstmordaktes geprägt sind als von der individuellen Persönlichkeitsstruktur, unterstrichen. Allerdings fehlen Aussagen dazu, wie die Briefe an die Mitmenschen oder die Testtexte beschaffen sind. Hier eröffnet sich ein neues Feld für die Forschung.

Literatur

- (1) *Alvarez, A.*: The Savage God: A Study of Suicide. Random House, New York 1972
- (2) *De Boismon, B.*: Du Suicide et de la Folie Suicide. Baillière, Paris 1856
- (3) *Darbonne, A.R.*: Suicide and Age: A Suicide Note Analysis. J. Cons. Clin. Psychol. 33 (1969) 46–50
- (4) *Gottschalk, L.A., G.C. Gleser*: An Analysis of the Verbal Content of Suicide Notes. Br. J. Med. Psychol. 33 (1960) 195–204
- (5) *Jacobs, J.*: Phenomenological Study of Suicide Notes. Social Problems 15 (1967) 60–72
- (6) *Michael, C.*: Abschied: Briefe und Aufzeichnungen von Epikur bis in unsere Tage. Oprecht, Zürich 1944
- (7) *Morgenthaler, W.*: Letzte Aufzeichnungen von Selbstmördern. Beiheft für Schweizerische Zeitschrift für Psychologie und ihre Anwendungen, 1. Huber, Bern 1945
- (8) *Mowrer, O.H.*: Psychotherapy: Theory and Research. Ronald Press, New York 1953
- (9) *Osgood, C.E., E.G. Walker*: Motivation and Language Behaviour: A Content Analysis of Suicide Notes. J. Abnor. Psychol. 59 (1959) 58–67
- (10) *Shneidman, E.S.*: Suicide Notes Reconsidered. In: Suicidology, Contemporary Developments. Grune & Stratton, New York 1976
- (11) *Shneidman, E.S., N.L. Farberow* (eds.): Clues to Suicide. McGraw-Hill, New York 1957
- (12) *Shneidman, E.S., N.L. Farberow*: A Sociopsychological Investigation of Suicide. In: *H. David, J.C. Brengelmann* (eds.), Perspectives in Personality Research. Springer, New York 1960
- (13) *Shneidman, E.S., N.L. Farberow*: Some Comparisons between Genuine and Simulated Suicide Notes in Terms of Mowrer's Concepts of Discomfort and Relief. J. Gen. Psychol. 56 (1957) 251 ff.
- (14) *Shneidman, E.S., N.L. Farberow, R.E. Litman*: The Suicide Revention Center. In: *N.L. Farberow, E.S. Shneidman* (eds.), The Cry for Help. McGraw-Hill, New York 1961
- (15) *Tuckman, J., R.J. Kleiner, M. Lavell*: Emotional Content of Suicide Notes. Am. J. Psychiatr. 116 (1959) 59–63
- (16) *Tripodes, P.*: Vorarbeiten zum Vergleich Abschiedsbriefe – TAT, nicht publiziert. Suicide Prevention Center, Los Angeles 1968
- (17) *Tripodes, P.*: Reasoning Patterns in Suicide Notes. In: *E.S. Shneidman* (ed.), Suicidology, Contemporary Developments. Grune & Stratton, New York 1976
- (18) *Wagner, F.F.*: Suicide Notes. Dan. Med. J. 7 (1960) 62–64

Graphologie, Schriftpsychologie

Die Deutung der Handschrift hat eine lange, bewegte Geschichte, hin- und hergerissen zwischen Alchemie und Wissenschaft. Seit dem 17. Jahrhundert (1) haben wir Kenntnis vom Gebrauch der Handschriftendeutung. Dieser Gebrauch schwankt jedoch immer wieder zwischen Versuchen, die Graphologie als eine vermittelbare diagnostische Methode zu etablieren (4, 8, 9), sie populär auszuschlachten oder sie als Kunst hochzustilisieren.

Der nicht zuletzt von den Graphologen selbst ausgetragene Streit um die Position der Graphologie hat dem Ruf dieses Arbeitsinstruments in akademischen Kreisen geschadet. Die Bemühungen der sich neuerdings Schriftpsychologen (6, 11) nennenden Forscher zielen darauf ab nachzuweisen, daß sie Handschriftendeutung als testdiagnostisches Verfahren den Anforderungen, wie sie an andere Methoden gestellt werden, gerecht wird. Objektivität und hohe Reliabilität ließen sich für die Handschrift nachweisen. Die Validierung der Deutungen ist noch umstritten, aber nicht mehr als bei anderen Testverfahren auch.

Wallner (10, 11) formulierte die grundlegenden Arbeitshypothesen der Schriftpsychologie (Zitate 10, S. 1 und S. 2):

1. *Definition.* „Als Handschrift bezeichnet man die nach vollzogenem Schreibakt auf der Schreibfläche zurückgebliebene Spur. Sie ist das Ergebnis eines menschlichen Verhaltens.“

2. *Objektivität.* „Jede Handschrift besteht aus einer großen Anzahl weitgehend unabhängig voneinander variierender graphischer Variablen, die objektiv erfaßbar sind.“ Es ist nicht gelungen, die Anzahl der graphischen Variablen in absoluten Zahlen anzugeben. Die Arbeitshypothese läßt sich aber, aufgrund der graphometrischen Arbeiten unter Auslese der graphischen Variablen nach faktorenanalytischen Gesichtspunkten, im großen und ganzen bestätigen.

3. *Konstanz und Stabilität als spezifischer Aspekt der Reliabilität.* „Die in einer Handschrift registrierbaren graphischen Variablen erscheinen in allen Ausprägungen in allen vom selben Schrifturheber gleichzeitig produzierten Schriftproben.“ Diese Hypothese läßt sich relativ bestätigen. Die Stabilität der Handschrift wurde kasuistisch (*Gruenewald*, 3) und generell (*Lockowandt*, 6) vielfältig untersucht, wobei die Merkmalsebene und die Interpretationsebene berücksichtigt wurden; die Ergebnisse dieser Untersuchungen waren zufriedenstellend. Selbst für die Kinderhandschrift ließ sich nachweisen, daß sie „ein sehr stabiles graphomotorisches Produkt ist“ (*Lockowandt, Keller*, 7). Die Individualität der Handschrift ist damit über längere Entwicklungszeiträume erkennbar. Dies bedeutet, daß gewisse individuelle Grundmerkmale sehr stabil sind, prägnanter als die veränderlichen Oberflächenmerkmale wie Schreibbreite, Schreibmoden etc.

4. *Validität.* „Aufgrund der Handschriftenvariablen, ihren Teilen (einzelnen Ausprägungsgraden) oder Syndromen von derartigen Variablen und/oder *Variablenteilen* lassen sich valide Aussagen über die Persönlichkeit des Schrifturhebers erstellen.“ Hier stellen sich für die Graphologie die auch für die anderen Testverfahren komplexen Fragen: Was soll validiert werden, Einzelbefunde oder Syndrome, welches sind wenig strittige Außenkriterien, inwieweit muß der Diagnostiker, dessen Erfahrung, Persönlichkeitsmodell und Persönlichkeitsstruktur einbezogen werden? Die Validitätsuntersuchungen sind noch im Gang, es scheint sich jedoch zu zeigen, daß eine Interpretation auf der Merkmalsebene nicht möglich ist. Dies entspricht im übrigen der Auffassung der meisten praktizierenden Graphologen, die erst durch Gewichtung der Merkmale durch ganzheitliche Aspekte wie Niveau, Rhythmus u.ä. ihre Aussagen machen.

Es gibt zwei Gründe dafür, daß die Schriftpsychologie im Rahmen der Suiziddiagnostik dargestellt wird. Erstens gibt es ein hoffnungsvolles Forschungsergebnis zur Unterscheidung echter und gefälschter Abschiedsbriefe aufgrund der Handschrift. Zum zweiten bietet die Schriftpsychologie methodische Vorteile für die Suizidologie.

Zur Forschungsarbeit

In einer Untersuchung von *Frederick* (2) wurden 60 Abschiedsbriefe aus der Sammlung von *Shneidman* und *Farberow* (siehe „Inhaltsanalyse von Abschiedsbriefen“, S. 64 ff.) benutzt, um zu überprüfen, ob es möglich ist, Suizidale und Nichtsuizidale anhand ihrer Handschriften zu unterscheiden.

Frederick ließ jeden der 60 Abschiedsbriefe dreimal kopieren. Jede dieser Kopien wurde von einer vergleichbaren nichtsuizidalen Versuchsperson durch Abschrift von einem Schreibmaschinentext hergestellt. Der Umweg über den Schreibmaschinentext sollte verhindern, daß die Schreibweise des suizidalen Schriftautors imitiert wird. *Frederick* mischte Originale und Kopien nach einer Zufallsordnung und teilte sie in Gruppen von 45 Schriften auf, um Auswertung und Kontrolle der späteren Ergebnisse zu erleichtern.

Europäische Graphologen, amerikanische Privatdetektive und amerikanische Sekretärinnen wurden damit beauftragt herauszufinden, welches die Originale der Suizidanten sind. Sie sollten darüber hinaus auch eine mögliche Rangfolge suizidal–nicht suizidal angeben.

Aus jeder Gruppe mit 45 Schriftproben ordneten die Graphologen 25 bis 30 Schriften richtig ein. Ihre Ergebnisse lagen damit signifikant über dem .001-Niveau. Die Ergebnisse der Detektive und der Sekretärinnen blieben hingegen im Zufallsbereich.

Bei jeweils 14 von 45 Schriften waren sich alle Graphologen in der Beurteilung einig, hingegen stimmten die Detektive nur in 3, die Sekretärinnen nur in 2 von 45 Fällen überein. Die Graphologen waren allerdings nicht in der Lage anzugeben, aufgrund welcher Kriterien sie ihre Entscheidung getroffen hatten.

Zu den methodischen Vorteilen der Schriftpsychologie

Die Analyse der Schrift erlaubt auf anschauliche und direkte Weise auch einen diagnostischen Blick in die Vergangenheit. Die Handschrift ist das Ergebnis eines sich selbst protokollierenden psychomotorischen Schreibverhaltens. Schriftliche Aufzeichnungen sind analysierbar ohne allzuviel Vorwissen. Es genügen Angaben zu Geschlecht und Alter des Schriftautors, zu Zeit und Ort der Entstehung des Schriftstücks, allenfalls noch zu besonderen Beweggründen bei der Abfassung des Textes, wenn diese nicht aus dem Inhalt hervorgehen. Es ist hingegen unwichtig, ob der Schriftautor noch lebt, gerade gestorben ist oder schon zur historischen Figur geworden ist. Es ist auch unwesentlich, ob der Schriftautor bei der Abfassung des untersuchten Schriftmaterials daran gedacht hat, daß seine Schrift ausgewertet wird. Die vielfach geforderten Langzeituntersuchungen sind am einfachsten mit Hilfe der Graphologie zu realisieren (3). Anders

als die Inhaltsanalyse, die auf vergleichbares Textmaterial verschiedener Suizidanten angewiesen ist, kann die Schriftpsychologie den graphischen Tatbestand und die Qualitäten der Schrift aus jeder verfügbaren Schriftprobe entnehmen, so daß es leichter ist, Dokumente zur Untersuchung zu finden.

Die Untersuchung der Psychomotorik könnte dazu beitragen, Fragen zu klären, die sich um das Schreiben von Abschiedsbriefen ranken. Es ließe sich feststellen, ob die Schrift in Abschiedsbriefen sich von der Normalschrift eines Suizidanten unterscheidet. Wieweit der Zustand des Abschiedsbriefschreibens sich tatsächlich vom übrigen Verhalten trennen läßt, wäre aus einem solchen Schriftenvergleich abzuschätzen. Auch für das Problem, ob es bedeutsame psychische Unterschiede gibt zwischen Abschiedsbriefschreibern und -nichtschrreibern, ließe sich mit Hilfe der Schriftpsychologie eine relativ einfache Forschungsstrategie finden. Normalschriften der Abschiedsbriefschreiber wären mit Normalschriften sich nicht mitteilender Suizidanten zu vergleichen. Dieser Weg wäre direkter als bisherige Versuche mit breit gestreuten, schwer auswertbaren Fragebogenaktionen.

Der Optimismus in bezug auf die Verwendung der Graphologie in der Suizidologie muß allerdings relativiert werden, dies vor allem, wo es nicht um einfache Unterscheidungsversuche geht, sondern um Ergebnisse auf der Interpretationsebene. Bei der Deutung der einzelnen Handschrift macht sich das Fehlen einer modernen, zusammenhängenden Persönlichkeitstheorie für die graphologische Arbeit bemerkbar (5). Dies verleitet zu simplifizierenden Merkmalsdeutungen, wie z.B. bei *Pulver* (9). Er sieht die Unterschrift, die sich mehr auf die linke Blathälfte zieht und gleichsam links klebenbleibt, als Warnsignal für Selbstmordgefahr an. „Der Name wird immer mehr gegen die Vergangenheit zurückgedrückt, zurückgestaut, es findet eine Regression statt, die so gründlich ausfallen kann, daß der Betreffende gleichsam hinter seine Geburt zurückweicht in den Mutterleib, für den ja das Grab in symbolischer Gleichung steht“ (9, S. 180). Solche Deutungen wirken zwar eindrücklich, halten aber einer Überprüfung nicht stand. Nur in 3 von 20 Schriften Suizidaler in meinem Untersuchungsmaterial findet sich eine solche Unterschrift links unten. Erst wenn erklärende Konzepte zur Suizidalität mit Schriftmerkmalen operationalisiert werden, lassen sich die Kriterien, die zur Annahme von Suizidgefahr führen, herausarbeiten und überprüfen.

Eignen könnten sich Ansätze wie Rigidität, extremes Schwanken zwischen Aktivität und Passivität, Isolierung und ähnliches. Erst wenn ein anzunehmender kritischer Wert solcher Kriterienkombinationen überschritten wäre, ließe sich Suizidalität aus der Handschrift diagnostizieren.

Literatur

- (1) *Baldo, C.*: Trattato come da una lettera missiva si cognoscano la natura e qualità dello scrittore. Capri 1622
- (2) *Frederick, C.J.*: An Investigation of Handwriting of Suicide Persons through Suicide Notes. *J. Abnorm. Soc. Psychol.* 73 (1968) 263–267
- (3) *Gruenewald, G.*: Graphometrie, Größenveränderungen einer 25 Jahre umfassenden Handschriftenentwicklung. *Z. Diagn. Psychol. u. Persönlichkeitsforschung* 5 (1957) 81–100
- (4) *Klages, L.*: Handschrift und Charakter. Leipzig 1917
- (5) *Lewinsky, R.*: Graphologie in der klinisch-diagnostischen Praxis. Vortrag gehalten auf dem Kongreß für Graphologie, Oktober 1973. In: *Zeitschr. für Menschenkunde* 3 (1974) 337–353
- (6) *Lockowandt, O.*: Der gegenwärtige Stand der Überprüfung der Schriftpsychologie als diagnostisches Verfahren. In: *W.H. Müller, A. Enskat*, Graphologische Diagnostik, 2. Aufl. Huber, Bern 1973
- (7) *Lockowandt, O., C.H. Keller*: Beitrag zur Stabilität der Kinderhandschrift. *Psychologische Beiträge* 17 (1975) 273–282
- (8) *Michon, J.H.*: Système de graphologie. Paris, 1875
- (9) *Pulver, M.*: Symbolik der Handschrift. Rascher, Zürich 1931
- (10) *Wallner, T.*: Arbeitspapier, Psychologie und Praxis. Mainzer Kongreß für Graphologie 1971
- (11) *Wallner, T.*: Die grundlegenden Arbeitshypothesen der Schriftpsychologie und ihre Verifikation. *Z. Exper. Angew. Psychol.* 19 (1972) 517–528

Schlußfolgerungen aus den Kenntnissen der empirischen Erfahrungen mit Standardtests bei der Frage nach Suizidalität

Bis auf vereinzelte Untersuchungen mit verschiedenen anderen Testverfahren, die jedoch keine überzeugenden Ergebnisse liefern konnten, sind hier die meisten Untersuchungen dargestellt worden, die bis 1977 zur Testologie Suizidaler veröffentlicht worden sind. Aus den vorliegenden Ergebnissen lassen sich folgende Verallgemeinerungen ableiten.

Es gibt eine Reihe von testologischen Ansatzpunkten, um Suizidale von Nichtsuizidalen unterscheiden zu können. Aussichtsreiche Anhaltspunkte liefern dabei die speziellen Meßverfahren zur kognitiven Organisation, die das Umstrukturierungsvermögen erfassen, besonders der Rokeach MRT und der Embedded Figures Test.

Für den Rorschachtest läßt sich am besten mit den Checklisten *Martin, Piotrowski, Exner* und *Wylie* vergleichen und arbeiten. Sprachliche Besonderheiten der Abschiedsbriefe lassen sich feststellen, Unterscheidungskriterien im allgemeinen Sprachgebrauch zwischen Suizidalen und Nichtsuizidalen müssen aber noch erarbeitet werden.

Schriftpsychologische Unterscheidungen sind gut möglich, die Kriterien aber noch unbekannt.

Es gibt keine validen Testindikatoren, um suizidale Handlungen in absehbarer Zukunft voraussagen zu können. Diese Erfahrung führt zu zwei gegensätzlichen Forschungsanliegen für die Zukunft.

Einmal wird versucht, durch bessere Datenerhebung und Datenverarbeitung dieses Manko doch noch auszugleichen. Größere Forschergruppen arbeiten an Skalen, die prognostische Aussagen in bezug auf das Selbstmordrisiko erlauben sollen.

Die zweite Forschungsrichtung läßt sich damit charakterisieren, daß das Problem der Prognose als unlösbar akzeptiert wird. Das Hauptaugenmerk der Forscher richtet sich auf das Verständnis des Suizidärs. Es findet eine Rückkehr zur Betrachtung von Einzelentwicklungen statt, so werden etwa Langzeituntersuchungen von Tagebüchern vorgeschlagen.

Gerade in den allerletzten Arbeiten findet sich ein mehr an gedeuteten Phänomenen und nicht an harten Daten orientiertes Vorgehen. Wieweit sich die Suizidologen hier auf einen Modetrend einlassen, sich auf die Seite der Literaten und Philosophen stellen, um sich Vorwürfen zu entziehen, sie versuchten die Freiheit des Menschen zum Suizid zu beseitigen wie eine Seuche, bleibe dahingestellt.

Nachdem sich aber z.B. die Aufarbeitung der statistischen Daten inhaltlich allmählich erschöpft, scheint es durchaus sinnvoll, neues Anschauungsmaterial zu suchen, um die Erkenntnisprozesse wieder in Gang zu setzen.

3. Praktischer Zugang: Die Möglichkeiten der Individualdiagnostik im nachsuizidalen Zustand

Erfahrungen mit Fällen „chronisch“ suizidaler Jugendlicher

In der klinisch-diagnostischen Praxis steht der Testdiagnostiker vor der Aufgabe, im Einzelfall zu verdeutlichen, welche typischen Konflikttendenzen bei seinem Patienten vorliegen, wie sich die Konflikte äußern, und über welches Potential der Patient verfügt, um mit seinen Konflikten umzugehen.

Prognosen werden nicht zur konkreten Vorhersage eines bestimmten Verhaltens gemacht, sondern man überlegt, in welchen Situationen sind welche Reaktionsmöglichkeiten zu erwarten. Es ist nicht möglich, eine Suizidhandlung sicher vorauszusagen, aber es ist möglich, suizidale Reaktionen anzunehmen, wenn sich etwa in den Tests die bekannten Merkmale für Suizidalität gehäuft finden, dies für eine postulierte Streßsituation, unabhängig davon, ob sie eintritt oder nicht.

Für die Beurteilung eines Patienten stehen dem Diagnostiker allerdings mehr Informationen zur Verfügung als das reine Vergleichswissen zu den einzelnen Tests. Die Beziehung zur Testperson, sowohl in der Phase der Testaufnahme als auch während der Testauswertung, bringt zusätzliche Daten für die spätere Beurteilung.

Bei der Sichtung meiner Fälle haben sich gerade solche, zunächst flüchtigen Beobachtungen aus der Arbeit mit Tests von Suizidalen als wichtige Kriterien erwiesen. Das Schwergewicht der folgenden Darstellung wird deshalb auf solche diagnostischen Phänomene gelegt.

Das Anlegen der Sammlung von Fällen von Jugendlichen, die wiederholte und schwere Suizidversuche gemacht haben, und die ich als „chronisch“ suizidal bezeichnet habe, hatte mehrere Gründe.

Der erste Grund wurde schon in der Einleitung genannt, der Umgang mit diesen jungen Leuten in der Klinik ist so schwierig, daß sie häufig zur testpsychologischen Abklärung überwiesen werden. Zum zweiten erwartete ich, daß sich die Konflikte, die mit der Suizidalität in Zusammenhang stehen, bei den jungen Leuten offener äußern als in späteren Lebensphasen. Ich hoffte, die Umbruchsituation der Zwanzigjährigen, die mit dem Volljährigwerden konfrontiert sind, beobachten zu können. Ich wollte im übrigen auch mehr die Psychodynamik verstehen lernen, bei der Suizidhandlungen nicht einmalige, unberechenbare Symptome sind, sondern ihre eigene Bedeutung im Konflikt- und Konflikt-Abwehrgeschehen haben. Diese Suizidhandlungen werden im allgemeinen nicht Bilanzselbstmorde genannt, eine Bezeichnung, die alten, kranken oder bankrotten Suizidanten

zugebilligt wird. Mit zwanzig wird aber auch so etwas wie Bilanz gezogen, Bilanz über die kindliche Entwicklung, und dies schien mir für das psychologische Verständnis bedeutungsvoll.

Aus Gründen der Diskretion sind einige Angaben zu den Personen verändert worden. Alle Initialen sind frei erfunden. Einzelne Angaben zur Lebensgeschichte sind sinngemäß leicht abgeändert. Meist sind die einzelnen Fälle so miteinander kombiniert, daß die individuellen Merkmale zwar nicht verfälscht, aber für den Leser unkenntlich gemacht sind.

Das testologische Vorgehen

In der psychiatrischen Klinik „Schlössli“ wurde eine testpsychologische Untersuchung in der Regel dann veranlaßt, wenn der zuständige Therapeut bei den Interviews oder einer begonnenen Behandlung Probleme hatte, mit dem Patienten umzugehen. In solchen Fällen wurde ein Psychologe, der den Patienten möglichst nicht mitbehandelte, angefragt, eine umfassende Abklärung durchzuführen. Testpsychologische Abklärungen wurden von R. Lewinsky, meinem Kollegen in der Klinik, von mir und von erfahrenen Praktikanten unter unserer Supervision gemacht. Es wurde versucht, Halo-Effekte möglichst auszuschalten; der Testpsychologe sollte unvorbelastet einen ersten Eindruck vom Patienten gewinnen können und frei sein für die Beobachtung der gegenseitigen Interaktionen im Verlauf der Testaufnahme.

Vor Beginn einer Testuntersuchung wurde ein kurzes, möglichst entspannendes Gespräch geführt. Es wurde besprochen, wie gut der Patient auf die Testuntersuchung vorbereitet worden war, welche Erfahrungen er mit Tests schon gemacht hatte. Es wurde ihm mitgeteilt, daß der Testleiter über seine Persönlichkeit und Geschichte nicht vororientiert sei, um dann die für die Testauswertung unerläßlichen Daten wie Alter, Schulbildung usw. zu erheben. Das Gespräch wurde jeweils abgerundet mit der Frage, ob dem Patienten noch etwas einfalle, was der Testleiter von ihm wissen sollte, um seine Tests richtig zu bewerten. In der Regel wurden hier medikamentös bedingte Konzentrationsstörungen oder Zwischenfälle auf der Abteilung in der Klinik berichtet, selten wurde die Krankengeschichte erwähnt. Die suizidalen Jugendlichen haben nicht über ihre Suizidversuche gesprochen.

Bei einer so generellen Fragestellung wie der klinisch-diagnostischen Beschreibung des Patienten aufgrund psychologischer Tests mußte eine praktikable und dennoch vielseitige Testbatterie zusammengestellt werden. Sowohl aus Gründen der Arbeitsökonomie als auch um eine Differenzierung der möglichen Aussagen zu erreichen, wurden breitbandige Verfahren bewußt bevorzugt. Der Ökonomie war zunächst im Hinblick auf die

Belastbarkeit der in der Regel leistungsgestörten Patienten Rechnung zu tragen. Zum zweiten mußte auch die Zeit für die Testaufnahme und -auswertung des Testleiters in vertretbarem Rahmen gehalten werden. Hier fließen die Kenntnisse und Bedürfnisse der Testleiter ein. Verfahren, die der Testleiter nicht genügend beherrscht, sind in ihren Ergebnissen fragwürdig, solche, die ihm nicht liegen, werden unterbewertet und nicht genügend ausgeschöpft. Die individuelle Differenziertheit der Aussagen sollte abgesichert sein durch gegenseitige Überprüfung der Aussagen verschiedener Tests. Metrische Verfahren wurden deshalb zur Absicherung gegen ein Überborden des Bandbreitenproblems miteinbezogen. Folgende Testbatterie wurde zusammengestellt:

Zur Überprüfung der Intelligenz wurden der HAWIE oder die Raven Standard Progressive Matrices verwendet; als Fragebogentests wurden wahlweise der MMPI, das Freiburger Persönlichkeitsinventar oder der Gießen-Test durchgeführt. Der Rorschachtest, mit einer ausführlichen anschließenden Befragung, wurde bei allen Fällen verwendet. Aus persönlichem Interesse wurde die Schrift miteinbezogen, Schreibinstrument, Schreibunterlage und Schreibpapier waren konstant. Zur Erhebung des Schriftmaterials wurde der sogenannte Ungrichtsatz diktiert. Dies ist eine von *Ungricht* (4) entwickelte Testmethode, nach der ein Reizsatz als Anfang eines Aufsatzes gegeben wird. Der Aufsatz gibt durch Inhalt und Form zusätzlich die Möglichkeit einer psychodiagnostischen Auswertung. Bei der Auswertung des Testmaterials wurde das Testverhalten, die Intelligenz- und Leistungsbeurteilung sowie das Persönlichkeitsbild schriftlich festgehalten. Mit diesen Aufzeichnungen wurde nicht die Perfektion eines Gutachtens angestrebt, sondern eine zur Selbstkontrolle des Diagnostikers formulierte Annäherung an die Problematik des Patienten gesucht. Im anschließenden gemeinsamen Gespräch mit dem Therapeuten wurde der klinische und der testpsychologische Eindruck verglichen. Aufgrund der gegenseitigen Mitteilungen und Fragen konnten erst spezifische Probleme aufgegriffen werden. Hier wurde die Geschichte des Patienten und sein Verhalten im Klinikalltag miteinbezogen. Behandlungsvorschläge und die Mitteilung der Testergebnisse an den Patienten wurden diskutiert.

Die folgende Darstellung im kasuistischen Teil ist diesem Vorgehen möglichst angenähert. Das Testmaterial wird sichtlich beschrieben und erst in einem zweiten Schritt in Zusammenhang mit der Vorgeschichte interpretiert. Wegen der Fülle des Materials zur Persönlichkeitsbeurteilung werden allerdings die Ergebnisse hier nicht integriert, sondern nach den einzelnen Verfahren, die zur Persönlichkeitsdiagnostik beitragen, getrennt dargestellt.

Die Krankengeschichten

Von 24 jungen Leuten liegt umfangreiches Test- und Auswertungsmaterial vor. Aus der nachträglichen Durchsicht ihrer Krankengeschichten geht folgendes hervor:

Die zehn Männer und vierzehn Frauen wohnten vor der Einweisung in die Klinik in verschiedenen Schweizer Kantonen und im grenznahen Ausland. Sie stammten, gemessen am Beruf des Vaters, aus verschiedensten sozialen Verhältnissen. Das Spektrum der väterlichen Berufe reichte vom Lastwagenfahrer bis zum Chefarzt, ohne daß eine bestimmte soziale Gruppe überwog.

Die psychiatrische Diagnose lautete in zwölf Fällen „Neurotische Entwicklung“, in fünf Fällen „Psychose“, in fünf Fällen „Borderline Zustand“ oder „Präöipale Neurose“ und in zwei Fällen „Hirnorganische Schädigung“. Zur Diagnose der neurotischen Entwicklung ist anzumerken, daß sie in der Klinik sehr beliebt war, um Patienten davor zu schützen, abgestempelt zu werden. Depression ist in den meisten Fällen in der psychiatrischen Diagnose mitgenannt, wurde aber zum Teil gerade aufgrund des Suizidversuchs diagnostiziert.

Das Durchschnittsalter lag sowohl bei Männern als auch bei den Frauen bei 20 Jahren und neun Monaten. Die Suizidideen und Suizidhandlungen hatten aber in der überwiegenden Mehrheit der Fälle früher eingesetzt, etwa im 16. Lebensjahr. Bis zur Testaufnahme hatten die Männer ein oder zwei Suizidversuche hinter sich; bei den Frauen waren im Durchschnitt drei Suizidversuche vorausgegangen.

Aus der Zeit nach der Testabklärung liegt keine eigentliche Nachuntersuchung vor. Bekannt geworden sind mir zwei Suizidfälle unter den getesteten Männern, sowie die Rehospitalisierung zweier Männer wegen Suizidgefahr. Bei sechs der Frauen wiederholten sich Suizidversuche. Die Tests von einer Frau, die Suizid beging, sind unvollständig und nicht beim Untersuchungsmaterial, sie wurden nachträglich miteinbezogen.

Bei einer genaueren Überprüfung der Entwicklung dieser Jugendlichen dürfte sich die Zahl der Suizide und Suizidversuche noch höher erweisen, dies trotz der jeweiligen therapeutischen Bemühungen.

Beobachtungen zum Testgeschehen

Die meisten Testverfahren verlangen eine Art der Testaufnahme, die einen direkten Kontakt zwischen Testleiter und Proband schafft. Was sich während dieser Begegnung abspielt, kann zu einem fruchtbaren zusätzlichen diagnostischen Mittel werden, wenn die Interaktion zwischen Proband und

Testleiter im Sinn von Übertragung und Gegenübertragung verstanden und interpretiert wird. Gerade bei den suizidalen Jugendlichen liefern die Notizen zum Testverhalten wichtige Aussagen, da Testverhalten und Testergebnisse zum Teil erheblich voneinander abweichen.

In einigen Fällen scheint das Testverhalten die bestehenden Konflikte geradezu dramatisch darzustellen, während demgegenüber die Testergebnisse verhaltensmäßig unauffällig wirken. Zu dieser Gruppe gehört F.Z.; sie wurde von einer weiblichen Versuchsleiterin getestet, aus Zeitgründen nahm aber ein männlicher Kollege den Rorschachtest auf. Bei der weiblichen Versuchsleiterin benimmt sich das kindlich wirkende Mädchen ganz auffällig, sie ist voller Gefühlsausbrüche, lacht und weint, gibt sich appellierend und dann wieder trotzig. Sie macht vor jedem neuen Test Erpressungsversuche, sie würde jetzt nur noch mitmachen, wenn die Versuchsleiterin sie aus der Klinik entlasse, arbeitet anschließend jedoch brav mit. Die Versuchsleiterin ist beeindruckt, angezogen und verwirrt von dem ständig wechselnden Verhalten der Probandin. Demgegenüber arbeitet F.Z. bei dem männlichen Versuchsleiter völlig normal mit, erscheint unauffällig. Erst nach Kenntnis der Anamnese konnte festgestellt werden, daß dieses Testverhalten komprimiert ihre Konflikte zum Ausdruck gebracht hatte. F.Z. hatte mit 16 Jahren festgestellt, daß ihr Vater mit einer zweiten Frau zusammenlebt, die sie bis dahin als ihre eigene Mutter betrachtet und akzeptiert hatte. Seit sie nun bewußt wiedererfahren hatte, daß sich ihre leibliche Mutter das Leben genommen hat, als sie selbst drei Jahre alt war, begann sie sich selbst zu schädigen und die zweite Mutter gleichzeitig zu suchen und zu bekämpfen. Zum Vater, dessen Lieblingstochter sie ist, blieb das Verhältnis jedoch relativ entspannt. Es fällt auf, daß der Tod der leiblichen Mutter gerade in die Zeit fiel, wo der ödipale Konflikt zu bewältigen war. Verzerzt pubertär wird jetzt dieser ödipale Konflikt präsentiert. F.Z. neigt stark dazu, ihre Konflikte zu demonstrieren und auszuagieren, wie sie es auch in der Testsituation tat.

In der überwältigenden Mehrzahl der Fälle steht bei suizidalen Jugendlichen das Testverhalten allerdings nicht im Dienst des Konflikts, sondern im Dienst der Abwehr. Das Testverhalten ist in diesen Fällen tarnender, als es die Testergebnisse sind.

Praktisch in allen Notizen zum Testverhalten der suizidalen Jugendlichen wird ihr kooperatives Verhalten besonders hervorgehoben. Sie machen offenbar bereitwillig mit, wenn auch Zusatzbemerkungen erkennen lassen, daß das sich Einlassen in die Testsituation nicht so natürlich ist, wie es zunächst erscheint. Der Tenor der Aufzeichnungen ist etwa folgender: „Macht bereitwillig mit, bleibt aber immer wie hinter einer Schranke verkrampft“ oder „Ist reserviert, sagt, daß sie nicht lange bleiben könne, macht dann aber mit“ oder „Macht aufmerksam mit, trotz häufiger abschätziger Bemerkungen“ oder „Obwohl sie brav und etwas

kraftlos mitmacht, wirkt sie beklemmend, der Testleiter möchte sie am liebsten aus seinem Büro vertreiben" usw.

Die suizidalen Jugendlichen passen sich an, arbeiten zufriedenstellend mit und müßten sich damit eigentlich das Wohlwollen des Testleiters sichern können. Ohne daß man genau sagen könnte warum, tauchen aber Zweifel auf, das Gefühl, daß etwas nicht stimmt. Der Testleiter ist offenbar in der Zwickmühle, ob er seinem ersten guten Eindruck oder aber seinem Mißtrauen den Vorrang geben soll.

Dieser Zwiespalt in der Frage nach der Echtheit und Vertrauenswürdigkeit des Testverhaltens wird besonders bei D.N. deutlich. Das schlanke junge Mädchen äußert zu Beginn, sie könne Tests nicht ausstehen. Als die Testleiterin insistiert, meint sie, sie sei in einer zu schlechten Verfassung, um getestet zu werden. Bei den Leistungstests arbeitet sie nichtsdestotrotz mit und lächelt die Testleiterin ständig an. Die Testleiterin bemerkt bei sich, daß sie sich trotz der anfänglichen abfälligen Bemerkungen nicht angegriffen fühlt und D.N. geradezu wohlwollend entgegen kommt. Bei den projektiven Testverfahren ändert D.N. ihre Einstellung. Sie sagt, sie sei stolz auf ihre Phantasien im Rorschach, hier könne sie sich menschlich verwirklichen. Dadurch ist die Testleiterin beunruhigt. Nach Beendigung des Rorschachtests geht D.N. auf ihre Abteilung in der Klinik, wo sie suizidale Ideen äußert. Das Suizidalwerden nach der Testaufnahme ist so auffällig, daß es in der Krankengeschichte vermerkt wird.

Die Qual im Umgang mit den eigenen Suizidphantasien ist im Testverhalten versteckt und in Stolz umgemünzt. Der Rorschachtest wird als Selbstverwirklichung deklariert, während er in Wirklichkeit enorme Angst macht. Die Testleiterin wird von der Gefährlichkeit der Situation abgelenkt. Genauer betrachtet sind einige Antworten im Rorschach, für sich genommen, durchaus decouvrierend, wie z.B. „Spannung, die in der Luft liegt“, aber die gegenseitige Freundlichkeit im Umgang verwischt diesen Eindruck sofort wieder. Aufgrund des Beispiels von D.N. läßt sich vermuten, daß die Tendenz, Zweifel und Mißtrauen zu überspielen und die Normalität der Begegnung hervorzuheben, stärker wird, je größer die akute Suizidgefahr ist. Proband und Testleiter fühlen sich von ihrem gemeinsamen Problem, nämlich wie sie mit der aktuellen Krise umgehen sollen, überfordert und neigen dazu, diese Bedrohung zu verleugnen.

Wenn sich bei einer Testaufnahme ein verwirrend angenehmes Gefühl entwickelt, das nicht ganz angemessen zu sein scheint, ist es ratsam, eine gewisse Distanz zu suchen. Das „angenehme Mißtrauen" ist ein besonders eindrücklicher, aber auch heimtückischer Hinweis auf eine mögliche Suizidgefährdung. Trügerisch deshalb, weil man auch einem rätselhaft guten Gefühl lieber glauben würde, und es besonders viel Überwindung braucht, gerade an Suizidalität zu denken.

Beobachtungen beim Testauswerten

Das Verhalten des Testleiters beim Testauswerten wird kaum je systematisch erfaßt. Theoretisch sollte die Auswertung ja auch mit großer Objektivität erfolgen, der Stil des Testauswerter dürfte gar nicht ins Gewicht fallen. Interessant erscheint in den vorliegenden Unterlagen jedoch, daß hie und da am Rand Notizen eingefügt sind, wie: „Der Rorschach ist schwerer zu signieren und zu verrechnen, als man von den Antworten her meinen sollte“ oder „Der Intelligenztest ist unfair, nach der Gewichtung des Testleiters müßte der Proband eigentlich . . .“ oder „Der MMPI kann nicht ausgewertet werden, weil . . .“ usw. Subtil, heimlich schlägt sich hier nieder, daß etwas nicht zu stimmen scheint. Das Bemerken der eigenen Unfähigkeit des Testauswerter, der Forderung nach Objektivität nachzukommen, könnte dazu führen, dem Testverfahren oder der mangelnden eigenen Praxis oder schlechten Arbeitsstimmung die Schuld hierfür zuzuschreiben. Dabei läßt sich beim Eingeständnis dieser Schwierigkeiten des Testleiters annehmen, daß dies ein besonderes Gegenübertragungsphänomen bei den suizidalen Jugendlichen ist, das bis in die formalen Aspekte des Tests eindringt. Die Unsicherheit, die der suizidale Jugendliche nicht zu zeigen wagt, wird, im Sinn einer alloplastischen Konfliktlösung, auf verschiedenste Weise beim Testleiter deponiert und so für ihn spürbar. Deutlich wird dies auch bei der Verarbeitung von Ergebnissen der einzelnen Tests, die vielfach untereinander unstimmig, unzusammengehörig wirken.

Als Beispiel kann das Auswerten der Tests von B.J., einer 18jährigen Schülerin, gelten. Bei ihr wurden gefunden: HAWIE IQ 107; Simulationssyndrom im MMPI; der Rorschach ist stark auf die Norm reduziert, zu Tafel V ein schwarzer Schmetterling und zu allen Farbtafeln Pflanzen, ist noch am ehesten auffällig; im Unrichtsatz Gedanken, ob der Verlobte und der Vater im Krieg sterben; die Schrift wirkt abgeklemmt, der Strich ist nervös sensibel, verletzlich. Das Testverhalten ist als zurückhaltend und kooperativ beschrieben. Diese Befunde lassen die folgenden Fragen aufkommen: Wie läßt sich das Simulationssyndrom im MMPI mit dem angepaßten Verhalten und dem knappen Rorschach vereinbaren? Wie paßt die etwas sentimentale Kriegsgeschichte zur nervös gestörten Schrift? Wenn man versucht, ein Persönlichkeitsbild zu entwerfen, das diese Widersprüche in Einklang bringt, so ergibt sich folgendes Fehlgutachten: Der Intelligenztest und der Rorschach deuten auf eine angepaßte, wenn auch eingeeengte Persönlichkeit hin. Das Simulationssyndrom im MMPI ist vermutlich der überkritischen Selbstbeurteilung von B.J. zuzuschreiben. Der Unrichtsatz spricht für ihr Interesse an sentimental Geschichten, ist aber vermutlich von fremden Vorbildern bestimmt und schwer direkt auf sie anwendbar. Die Schrift deutet darauf hin, daß B.J. trotz ihrer korrek-

ten Haltung nach außen, innerlich verletzbar ist. Als Diagnose überangepaßte, eingeengte Neurotikerin.

Auf diese Weise sind alle Daten auf einen Nenner gebracht und die Diskrepanzen werden nivelliert.

Gerade bei einem solchen Vorgehen ist Vorsicht geboten. Hier wurde die Störbarkeit, die affektive Spannung im Verlauf der Testauswertung immer stärker unterschätzt. Der während der Testauswertung wirksame Wunsch, die Widersprüche der Testperson durch gelungene Deutungen zu verstehen und abzubauen, ist vermutlich ein wichtiger Hinweis für Suizidalität. Wenn ein, im Verhältnis zum Testalltag, auffällig sauberes, schönes und ausführliches Gutachten erstellt wird, kann sich dahinter die Angst vor der Suizidalität verstecken.

B.J. hat Medikamentenabusus betrieben, den Berufsvorschlag der Eltern durch Prüfungsversagen sabotiert, einen kranken älteren Freund gesucht. Als ihr mit der psychiatrischen Klinik gedroht wurde, machte sie einen Suizidversuch nach einem literarischen Vorbild. Nach der Testaufnahme wurde sie noch mindestens zweimal hospitalisiert.

Dieser Lebensgeschichte hätte es gerade entsprochen, die Widersprüche der Tests als solche stehen zu lassen, etwa in der Weise: Der Intelligenztest und der eingeengte Rorschach deuten darauf hin, daß B.J. ihre Angepaßtheit deutlich zu machen versucht. Demgegenüber beschreibt sie sich im MMPI als schwer gestört. Es ist schwer zu unterscheiden, welche Seite von B.J. Wunsch ist, welche Realität, oder ob Anpassung und Demonstrationsbedürfnis nebeneinander stehen. Es bleibt zu überprüfen, ob die sterbenden Männer im Aufsatz aus der Literatur übernommen sind, immerhin sind Gedanken an den Tod für B.J. im Augenblick bedeutsam, ohne daß dies direkt faßbar wäre, die Antwort „schwarzer Schmetterling“ im Rorschach könnte ebenfalls in dieser Richtung gedeutet werden. Die Schrift verrät, daß B.J. weit weniger verträglich, stöbarer ist, als es nach außen in Erscheinung treten soll. Durch ihre Haltung gerät sie in sie überfordernde Situationen. Die Pflanzenantworten im Rorschach zeigen, wie abhängig sie ist, zeigen ihre Wünsche nach Passivität. Hier sind viele Vermutungen geäußert, und es lassen sich nicht immer mehrere Merkmale zur Bestätigung der Einzeldeutungen finden, aber das Vagebleiben und Gegensätze offenlassen entspricht B.J.

Die Beobachtungen zum Testgeschehen und bei der Testauswertung können, gerade bei suizidalen Jugendlichen, wichtige Hinweise liefern. Auffälligkeiten, angenehme und unangenehme Eindrücke, Unsicherheiten beim Auswerten sollten ernst genommen und nicht als Zeichen der eigenen Beeindruckbarkeit oder Unfähigkeit des Testleiters verstanden, unterdrückt und versteckt werden.

Bei jugendlichen Suizidalen scheint sich häufig während der Testaufnahme eine Art falsche Harmonie zwischen Testleiter und Proband einzu-

stellen, die es schwer macht, den Probanden tatsächlich so gestört zu sehen wie er ist. Bei der Auswertung stellen sich Unsicherheiten und Widersprüche ein, die die innere Spannung der suizidalen Jugendlichen widerspiegeln. Gerade dies ist besonders schwer zu akzeptieren und bloßzulegen. Die Tendenz des Testauswerters, dies wieder gut machen zu wollen, die Ängste für den Probanden abzuwehren, führt zu Fehlbeurteilungen.

Intelligenz- und Leistungsbeurteilung

Zur Einschätzung des Intelligenz- und Leistungsverhaltens werden als metrische Testverfahren der HAWIE und die Standard Progressive Matrices von *Raven* verwendet. Zur differenzierten Beurteilung werden Daten des Rorschach und der Handschrift beigezogen, Beobachtungen zum Lösungsverhalten der verschiedenen Tests liefern zusätzliche Information.

Im HAWIE läßt sich für 11 weibliche Probanden ein IQ-Mittelwert von IQ 104 errechnen, mit Extremwerten von IQ 74 und IQ 125. Für 7 männliche Probanden liegt der IQ-Mittelwert bei IQ 102, mit Extremwerten von IQ 54 und IQ 128. Die Abweichungen für die einzelnen Untertests sind weitgehend abhängig von Schul- und Berufsausbildung sowie von der psychiatrischen Diagnose.

Die Erniedrigung der Summe BE + MT + FL, die in der Literatur für Suizidale beschrieben wird, ließ sich nicht feststellen.

Bei den Standard Progressive Matrices waren fast alle möglichen Gradwerte vertreten, von I+ bis V.

In der Testliteratur zur kognitiven Organisation von Suizidalen entsteht der Eindruck, es handle sich bei der feststellbaren Einengung, Konzeptualisierungsunfähigkeit und beim Fehlen von Alternativen um Phänomene, die aus einer einheitlichen Dynamik zu verstehen sind. Es wird sogar vermutet, daß hier angeborene Wahrnehmungsschwächen eine Rolle spielen.

Aus den vorliegenden Beurteilungen des Intelligenz- und Leistungsverhaltens stellen sich diese Phänomene der eingeschränkten Elastizität im Umstrukturieren differenzierter. Aufgrund der Beschreibungen des Intelligenz- und Leistungsverhaltens der suizidalen Jugendlichen lassen sich 3 Gruppen unterscheiden:

1. Bei einer ersten Gruppe steht im Vordergrund, daß die eigenen Fähigkeiten sabotiert werden müssen (7 Fälle).
2. In einer zweiten Gruppe findet sich chronische Überforderung in bezug auf das eigene Leistungsvermögen (6 Fälle).
3. Bei einer dritten Gruppe sind die Leistungen schwankend und unterschiedlich (9 Fälle).

Diese Gruppen sollen etwas eingehender beschrieben werden.

Selbstsabotage

In den Testzusammenfassungen finden sich Beschreibungen wie: „Ist zu wenig gelöst, um ihre gute Intelligenz entsprechend ausschöpfen und einsetzen zu können“ oder „Vorhandene Ansätze zu eigenständigem Denken werden durch die Ängstlichkeit zunichte gemacht, ihre demonstrativ anmutenden Rückzüge . . .“ oder „Wirkt interesselos, inaktiv, kann seine besonders guten rezeptiven Fähigkeiten nicht verwerten“.

Bei der Patientin C.C. soll veranschaulicht werden, wie ein solches Urteil der Selbstsabotage zustande kommt. C.C. erreicht im HAWIE einen IQ von 118 (114/121). Das Hauptgewicht ihrer Fähigkeiten liegt bei der guten Bewältigung praktischer Aufgaben. Etwas weniger gut ist es um ihr theoretisches Wissen und ihre Bildung bestellt. Ihre gute Auffassungs- und Kombinationsfähigkeit kann sie nicht entsprechend ausschöpfen und für ihr eigenes Handeln ausnutzen. Dies zeigt der Rorschach, z.B. im Verhältnis $G+ : B+ = 0 : 11$, was für ein zu niedriges Anspruchsniveau spricht. In der Schrift läßt sich erkennen, wie eigenständige, geschickte, rasche Verbindungen, die Merkmale ihrer guten Intelligenz, in der Schulschreibvorlage versteckt sind. Diese Hemmung und Einengung aufs Praktische ist in Zusammenhang zu bringen mit Ängsten, von ihren eigenen phallischen Durchsetzungswünschen überrannt zu werden.

Ängste gegenüber den eigenen Triebbedürfnissen spielen bei der Einengung der Leistungsfähigkeit eine große Rolle. Dies geht generell aus der Persönlichkeitsbeurteilung in dieser Gruppe hervor, insbesondere auch Angst vor latenter Homosexualität wird wiederholt hervorgehoben.

Die Selbstsabotage scheint so etwas wie der Preis zu sein, der bei der Abwehr der großen Triebspannung gezahlt werden muß.

Selbstüberforderung

Stichworte wie die folgenden führen zu einer Einordnung in die Gruppe der Selbstüberforderung: „Könnte intelligenzmäßig eher überschätzt als überfordert werden, ihre sprachliche Gewandtheit kann leicht darüber hinwegtäuschen, daß ihre Lern- und Umstellfähigkeit nicht so groß ist“ oder „Versucht sich mit guten Intelligenzleistungen darzustellen, ist aber im Grunde wenig eigenständig, unbeweglich in ihrem Denken“ oder „Hat eine schwache Intelligenz, wirkt wegen seiner Konformität sozial intelligenter als er ist, denkt sehr rigide, versucht seinen großen Ansprüchen mit viel Fleiß gerecht zu werden“.

Zwei Beispiele sollen deutlich machen, wie sich die Selbstüberforderung zeigt.

Das Vorzeigen des Intellekts wird von H.T. fast skurril gepflegt. Auf den Farbtafeln des Rorschachs findet sie keine einzige Antwort, stattdessen füllt sie die Leere mit symbolischen Erklärungen, z.B. Rot ist die Liebe, das Freudige, das Schöne. In den hochgezogenen Oberlängen der Handschrift zeigt sich ihr Anspruch, der aber nicht erfüllt werden kann. Es fehlt die Bewegung, um den Raum zu füllen, die zu groß geratenen Oberlängen sind kümmerlich verbogen. Der IQ im HAWIE von 111, in der Verteilung 105 zu 115, erscheint für ihren Vorsatz, eine akademische Laufbahn durchzustehen, eher knapp.

J.I. fühlt sich als schwarzes Schaf in seiner Familie. Er ist wegen eines frühkindlichen Hirnschadens zwar retardiert, aber nicht so debil, um seinen Intelligenzmangel nicht genau zu merken. Krampfhaft versucht er sein Defizit zu kompensieren. Sein HAWIE IQ von 95 (98/92) verrät die enorme Anstrengung, wenn man dies mit seinen Möglichkeiten, etwa beim Schreiben des Aufsatzes, vergleicht. Hier braucht er sehr lange, um einen Entwurf zu machen, den er dann langsam und zwanghaft abschreibt.

Die Verkrampfung in die Leistung ist notwendig zur Annäherung an unerreichbare Ich-Ideal-Forderungen. Das enorme Forcieren dient zur Abwehr narzißtischer Kränkung.

Uneinheitliche Leistungen

In dieser Gruppe begegnen wir etwa folgenden Widersprüchen: „Forcierte Anstrengung bis zur Pedanterie steht neben Passivität, sich gehenlassen, Ausbeuten der Arbeit der anderen“ oder „Wirkt unruhig, aktiv, bleibt aber plötzlich blockiert hängen“ oder „Er ist überdurchschnittlich intelligent, zeichnet sich aus durch scharfes, kritisches Denken, ist aber in affektiv geladenen Situationen nicht mehr Herr der Lage“ oder „Hindert sich selbst durch ihr Einspinnen in gesuchte Originalität, ihre praktischen Fähigkeiten gezielt und ökonomisch einzusetzen“ oder „Kann über die große Phantasietätigkeit nicht mehr wirklich verfügen“.

Dieses Umschlagen der Intelligenzleistung soll in zwei Beispielen verdeutlicht werden.

D.B. steht unter großem Leistungsdruck, der aber erst bei affektiver Belastung zutage tritt. Solange sie sich konkreten Anforderungen von außen gegenüberstellt, zeigt sie Schwäche, versucht sie auszuweichen, ohne sich jedoch den Anforderungen ganz entziehen zu können. Sie klagt während des HAWIE, daß er ihr zu anstrengend sei, obwohl sie schwierige Aufgaben lösen kann. Während der Antworten schließt sie hilfeschend die Augen. Sobald ihr aber eine affektiv getönte Situation Probleme aufgibt, steigert sie sich in Überaktivität, verfolgt sie jedes Detail, geht sie angetrieben über die Interessen der anderen hinweg. Beim Rorschach gibt sie

rasch und monoton eine Antwort nach der andern, so daß der Testleiter kaum nachkommt. Trotz Interventionen, es sei genug, ist der Antwortenschwall kaum zu bremsen. Am folgenden Tag schickt sie gar noch einen Brief mit Zusatzeinfällen. Das Überfahren des Testleiters kommt trotz guter formaler Qualität der Deutungen zustande, sie hat z.B. mehr B+ als G+. Der massive Autonomiekonflikt, der sich hier direkt im Leistungsverhalten niederschlägt, die Spannung zwischen Aktivität und Passivität, ist kaum erträglich. Die ursprünglich gute Intelligenz, die D.B. zu den formal guten Lösungen verhilft, egal ob sie sich zurückziehen oder sich forcieren muß, scheint überhaupt keinen Einfluß auf das Konfliktgeschehen zu haben, sondern ist gerade wegen des Konflikts nicht einsetzbar. Drei Jahre später nimmt sich D.B. das Leben.

L.P. ist hochintelligent, aber sein kritischer, sachlicher Verstand steht ganz im Widerspruch zu seiner gefühlsmäßigen Beeinflußbarkeit und Störbarkeit. Im HAWIE mit dem IQ 128 und sehr ausgeglichener Verteilung der Untertests fällt dies nicht auf. In der Schrift hingegen zeigt sich sehr deutlich seine Weichheit und das Überflutetwerden von seinen Gefühlen im weichen und klumpigen Strich. Im Rorschach schwankt das Formniveau beträchtlich, zum Schluß drückt er sehr sensibel aus, daß er sein großes Phantasieerleben bald nicht mehr steuern kann. Von ihm stammt das Bild eines herunterfallenden Zauberers auf Tafel X (siehe S. 93). Wenig später gelingt sein dritter Suizidversuch.

Die Polarisierung von Aktivität und Passivität, von Verstandes- und Gefühlswelt, von interessanten, schöpferischen Möglichkeiten gegenüber Erstarrung und Monotonie zeichnet diese Gruppe aus. Die starken Leistungsschwankungen sind Ausdruck der großen, drängenden Konflikte, verstehen sich aus dem Kampf um die Vermeidung des Realitätsverlustes.

Nach dieser Erfassung der suizidalen Jugendlichen bezüglich Intelligenz und Leistungsvermögen scheint es nicht richtig, die Ausfälle der Leistungen einheitlich abzuleiten.

Bei der ersten Gruppe steht die Einengung der Persönlichkeit und damit die Sabotage der eigenen Leistungsmöglichkeiten, zur Abwehr großer Triebspannungen, im Vordergrund. Bei der zweiten Gruppe dient die Verkrampfung in der Leistung, die diese sekundär vermindert, als Mittel, um narzißtischen Kränkungen zu entgehen.

Die Polarisierung in der Leistung mit extrem guten und extrem schlechten Ergebnissen der dritten Gruppe steht in Zusammenhang mit akuter Angst um den Realitätsverlust. Es ist allerdings nicht auszuschließen, daß sich diese Trennung unter einem erweiterten psychodynamischen Ansatz, der Triebentwicklung, Narzißmus und Anpassung zusammen betrachtet, aufhebt, die Differenzierung innerhalb eines Gesamtkonzepts möglich wäre.

Der MMPI

Bei der Sichtung von 25 MMPI-Profilen der suizidalen Jugendlichen fällt auf, daß die Relation $(F - K)$ häufig ungewöhnliche Werte annimmt. Bei 19 der 25 MMPI-Profile, das sind 76% der Fälle, werden die Grenzwerte für eine normale Relation von $(F - K)$ nämlich +11 oder -12 erreicht oder überschritten. Das Simulationssyndrom $(F - K) \geq +11$ findet sich bei acht weiblichen und drei männlichen Probanden. Das Dissimulationsyndrom $(F - K) \leq -12$ ist bei sechs weiblichen und 3 männlichen Probanden gegeben. $(F - K)$ ist bei drei weiblichen und 3 männlichen Probanden in der Norm.

Die auffälligen Werte von $(F - K)$ zeigen, daß die Selbstbeurteilung einseitig, wenig elastisch und undifferenziert ist. Die Richtung der Überbetonung in der Selbstbeurteilung ist allerdings unterschiedlich, abhängig davon, ob die starken Schwankungen im Selbstwertgefühl mit Flucht nach vorne oder mit Verstecken und Zurückhalten abgewehrt werden. Die starken Schwankungen des Selbstwertgefühls sind hier, aus psychoanalytischen Überlegungen, als hintergründiges Motiv der Einseitigkeit der Selbstdarstellung postuliert. Es soll verhindert werden, daß das Selbstbild in sich brüchig wird und auffällt, wie die Ich-Verunsicherung mit geheimen Größenphantasien einhergeht. Das Ich-Ideal ist hochgespannt und realitätsfern und wird vom Über-Ich streng und rigid eingefordert. Einerseits ist das Befolgen dieser Forderungen so schwierig, daß es das eigene Unvermögen spürbar macht, andererseits wird das Befolgen dieser Forderungen mit Exklusivität belohnt, was wiederum neue Größenphantasien nährt.

Die Behauptung, daß es erträglicher ist, sich entweder simulierend oder dissimulierend oder im üblichen Normalklischee darzustellen, als die innere Ambivalenz zu zeigen, wird anhand des Fallmaterials zu verdeutlichen versucht.

Die Fälle mit Simulationstendenz

Wenn man die MMPI-Profile, die das Simulationssyndrom zeigen, aussondert und untersucht, wie die betreffenden suizidalen Jugendlichen in den Zusammenfassungen der testpsychologischen Untersuchungen beschrieben werden, so lassen sich zwei Gruppen unterscheiden.

Zum einen äußern sich so besonders verschlossene Probanden, die auf dem indirekten Weg über den Fragebogen ihre Konflikthaftigkeit überhaupt einmal vermitteln. Zum anderen sind es die Probanden, die sich als Originale mit ihren Schwierigkeiten zur Schau stellen.

Zur ersten Gruppe von Probanden, die auch am ehesten in den Geruch geraten, Simulanten zu sein, gehört M.M. Er gilt als rigide und verschlossen.

Seine Konformität wird jedoch hin und wieder von subtilen versteckten Aggressionen durchbrochen. M.M. ist als kleiner Junge wegen Schwindeleien in ein sehr autoritär geführtes Kinderheim gesteckt worden, von wo er überangepaßt und verschüchtert in seine Familie zurückkehrte. Als er mit 19 Jahren kleine Diebereien beging, und das offenkundig wurde, machte er einen Suizidversuch. Es scheint, als behandle er sich im MMPI selbst so überstreng wie die gefürchteten Rächer seiner Vergehen.

R.I. gehört zur zweiten erwähnten Gruppe. Obwohl sie große Ängste hat, ihre Kontrolle zu verlieren und gefährlich zusammenzubrechen, trägt sie ihre schizophrenen Störungen als Zeichen ihrer Besonderheit zur Schau. Je stärker sie affektiv angesprochen wird, desto bizarrer werden ihre Vorstellungen. Das Ausbreiten ihrer Phantasien in einer Art Liebe zum Makabern, ihre faszinierende Art, sich schwarz zu kleiden und leichenhaft blaß zu schminken, sind Versuche, ihre Suizidalität mit künstlerischer Originalität zu verbrämen, sind Ausdruck und Abwehr der entgleitenden Realität.

Sowohl die einseitig introversiven als auch die hervorstechenden extensiven Tendenzen in den beiden Untergruppen mit Simulationstendenz scheinen mit der gespannten Erwartung bevorstehender Bedrohung und Dekompensation in Zusammenhang zu stehen, es wird nicht simuliert, sondern Alarm geschlagen.

Die Fälle mit Dissimulationstendenz

In den Testzusammenfassungen der Jugendlichen mit Dissimulationstendenz im MMPI fällt auf, daß ihre Kontaktart als widersprüchlich beschrieben wird. So heißt es etwa: „Trotz einer gewissen charmanten Ausstrahlung wird er bei näherem Kontakt weich, unsicher und muß Distanz suchen“ oder „Bei aller äußeren Aktivität ist er verschlossener, weniger kontaktbereit, als man zunächst annehmen würde“ oder „Arbeitete fast willentlich auf Kontakt hin, kommt aber über oberflächliche Beziehungsformen nicht hinaus, wird sofort verkrampft und abweisend brüsk, sobald sich eine tiefere Beziehung anbahnt“.

Diese Jugendlichen versuchen mit viel Energie ihre Selbstunsicherheit im Kontakt zu überspielen. Sie bemühen sich, möglichst freudig und nett aufzutreten, müssen sich aber dabei so forcieren, damit nicht die geringsten Fehler zugegeben werden müssen. Sobald sie jemand näher kennen lernen könnte und damit ihre Schwächen im Selbsterleben aufgedeckt zu werden drohen, erfolgt Rückzug. Im Grunde wird versucht, über den eigenen Schatten zu springen, die übertrieben verharmlosende Haltung versteckt die eigenen Widersprüche.

Die Fälle im Bereich der Norm

Bei den suizidalen Jugendlichen, die ein Normalprofil haben, ist man versucht, von einer besser durchgeführten Dissimulation zu sprechen. Mindestens bei zwei Fällen drängt es sich auf, an gut geglückte Fälschungen zu denken. Beide Frauen verhalten sich derart auffällig, daß von einem normalen Zustandsbild nicht die Rede sein kann. Die eine ist so übertrieben anspruchlos, daß sie mit ihrer Vorzeigeminderwertigkeit unerträglich wird. Die andere betreibt seit dem Tod der Mutter einen auffälligen Kult.

Daß die Normalerwartung hier so gut eingefühlt werden kann, dürfte mit der Anfälligkeit des MMPI zusammenhängen, Rollenklischees wiederzugeben, besonders wenn die getesteten Personen wie hier intelligent sind. Bis auf einen IQ von 105 haben alle Jugendlichen dieser Gruppe einen IQ über 111. In einem einzigen Fall ist bei normaler (F – K)-Relation aus den diagnostischen Skalen des MMPI ein depressives Bild abzulesen. K.H. litt bis zu seinem Suizidversuch an vorwiegend phobischen Symptomen, die er aber verheimlicht hatte. Es ist zu vermuten, daß diese treffende Darstellung der eigenen Situation, mit Erhöhung von D, Pt und Si, als prognostisch relativ günstiges Zeichen gewertet werden kann. Die drei letzten Fälle sind sehr schwer zu fassen. Sie haben alle eine schwer zu durchdringende Fassadenhaltung, bleiben diffus, rätselhaft. Sie wirken normal, angepaßt, und dann entsteht plötzlich der Eindruck einer latenten Psychose durch Rorschachphantasien, wie „ein Kind, das von einer Dampfwalze plattgedrückt wird“ oder „eine Schnecke, die von einem schmalen Rad überfahren wird“. Aber auch dieser psychotische Augenblick verwischt bald wieder. Diese Jugendlichen sind durch die Abspaltung ihrer Problematik besonders schwer zu beurteilen.

Aufgrund der beschriebenen Erfahrungen läßt sich die Beobachtung der mehr oder weniger gestörten MMPI-Profile, wie sie in der Literatur beschrieben werden, ein Schlüssel finden, nämlich die auffällige Relation (F – K). Dabei scheint es den suizidalen Jugendlichen, die ein Simulationssyndrom zeigen, noch am ehesten möglich, Hilfe zu suchen. Hier ist es besonders problematisch, wenn dies als Simulation oder als leere Drohung aufgefaßt würde. Die Übertreibung der eigenen Gestörtheit provoziert, daß die anderen diese Probleme nicht ernst nehmen, sie als hysterisch abtun.

Die suizidalen Jugendlichen mit Dissimulationstendenz verwirren durch ihre Anpassung, durch ihre Versuche, unkompliziert zu erscheinen, die eigenen Widersprüche zu verdecken. Auch hier ist eine falsche Einschätzung der inneren Schwierigkeiten nahe. Wenn die Norm nicht aufgrund von testtechnischen Gegebenheiten erfüllt ist, so finden sich in dieser Gruppe normal wirkende Fassadenmenschen mit heimlich abgespaltenen, archaischen Phantasiewelten.

Es scheint, als trage die Selbstdarstellung der suizidalen Jugendlichen nicht zu einem besseren Kennenlernen bei, sondern zu Verwirrung. In dieser Verwirrung des Gegenübers der suizidalen Jugendlichen dürfte sich die anfänglich behauptete eigene Gegensätzlichkeit spiegeln.

Der Rorschachtest

Für die Auswertung des Rorschachtests gibt es besonders viel Vergleichswissen (siehe S. 49 ff.). Es fehlen jedoch die für den Praktiker wichtigen Hinweise zur Erfassung des Deutungsverlaufs und zur Aufschlüsselung der Komplexantworten bei der Beschreibung der individuellen Rorschachprotokolle der Suizidäre. Gerade diese interessanten Zugangsmöglichkeiten zu Konfliktodynamik und Phantasieinhalten lassen sich nur schwer theoretisch absichern, da sie in starkem Maße von der Wertung des Diagnostikers abhängig sind. Eine komplexe, Verzerrungsfehler wegen antizipierter Veröffentlichung vermeidende Untersuchung über den Urteilsprozeß des Diagnostikers bei der Interpretation der Rorschachdaten der Suizidgefährdeten würde den Rahmen dieser Arbeit übersteigen. Mein Anliegen ist es dennoch, diese Lücke zwischen Praxis und Forschung darzustellen, weil mir auffiel, daß gerade das Aufzeigen und Aufspüren der spezifischen Widersprüche im Umgang mit dem Rorschachtestmaterial der suizidalen Jugendlichen brauchbare diagnostische Hinweise liefern kann. Im folgenden wird versucht, den Konflikt zwischen freiem, subjektivem Umgang mit den Rorschachtests beim praktischen Zugang und der Einengung auf wenige, allgemeine Ergebnisse zu Vergleichs- und Überprüfungszwecken durchscheinen zu lassen.

Eine ganz unerwartete Beobachtung war die Schwierigkeit, die Protokolle der suizidalen Jugendlichen exakt signieren zu können. Üblicherweise dienen Erweiterungen der Antworten und die Befragung dazu, das formale Einordnen zu erleichtern. Bei den vorliegenden Protokollen wird hierbei der Testablauf eher unklarer. Die Verwirrung entsteht, wenn sich etwa Detailantworten und Ganzantworten zu neuen Kombinationen zusammensetzen. Das Formniveau kann für die gleiche Antwort erheblich schwanken. Farben und Schattierungen erscheinen manchmal einbezogen, ohne daß dies ausgesprochen ist, dann wieder werden Farben und Grautöne zwar genannt, wirken aber nur künstlich aufgesetzt. Vulgär- und Originalantworten fließen ineinander über. Inhalte wechseln innerhalb einer Deutung. Was mit diesen Kategorisierungsproblemen der Deutungen gemeint ist, wird zum Beispiel bei der Antwort von P. zu Tafel X, einige Zeit vor seinem Selbstmord, deutlich.

- a 1) Zauberer mit hohem Zylinder. Auf den zweiten Blick verschwindet der Zylinder und ein hoher Kopf wird daraus. Und die farbigen Kleckse rings herum sind einfach Sachen, die er heraufbeschworen hat. Er sitzt zwar noch auf ihnen, aber sie sind schon stärker als er, beginnen ihn anzugreifen, wie beim Zauberlehrling das Wasser. Der Zauberer steht auf einer roten Wolke, die entzweigt, es ist eigentlich die Gefahr, daß er herunterfällt, zwei von seinen Beinen sind schon in den Wolken, in der Luft, noch gestützt von zwei Seeperdchen, andere sind unabhängig, kümmern sich nicht mehr

Gsuko	(B)+	(M), Kleidg.	O+
	B+	Md	
	mFbF	Obj. Symb.	Fabul., Aggression
	mFbF	Wolke, Symb.	Destruktion, Hdcol?
	F+	T	V
	(B)–	(M)	Konfab.

Es besteht weniger eine Schwierigkeit, die Antwort zu verstehen, es fehlen keine Signierungskategorien; es ist vielmehr kaum möglich, den permanenten Akzentverschiebungen in der Deutung Rechnung zu tragen.

Aus der Beobachtung heraus, daß es sehr schwierig ist, die Protokolle suizidaler Jugendlicher überhaupt zu signieren, ist zu fragen, ob die vielen Forschungsarbeiten, bei denen Merkmale bestimmt und verglichen werden, nicht eine Pseudoobjektivität erzeugen, die von der Sache her gar nicht gerechtfertigt ist. Diese Unklarheit beim formalen Ordnen würde auch erklären, warum bei den Einzelmerkmalsuntersuchungen zum Rorschach eine Hypothese bestätigt oder nicht bestätigt wird, je nachdem, wer das gleiche Untersuchungsmaterial auswertet (*Sapolsky*), warum Hdcol einmal mit Einschluß der Verleugnungen und einmal ohne Verleugnungen gemessen wird usw. Es kommt der Verdacht auf, daß mit wissenschaftlichem Anspruch ein besonders wichtiges Merkmal der untersuchten Protokolle künstlich weggesäubert worden ist.

Die Widersprüche beim formalen Einordnen lassen sich so deuten, daß Suizidale gerade immer wieder gegen die „Lebenslogik“ verstoßen, sich der Objektivierbarkeit widersetzen. Damit ist nicht gemeint, daß dieses sich Absetzen ein bewußter Wunsch ist, etwa Protesthaltung einer „rastlosen Jugend“. Es wäre auch falsch, einen Realitätsverlust durch ein plötzliches Überflutetwerden durch innere Bilder anzunehmen oder umgekehrt ein Abbrechen des Denkens. Der Realitätsbezug scheint vielmehr ganz allmählich zu entgleiten, wie durch einen Zwang, die eigenen Vorstellungen immer wieder kritisch neuformulieren zu müssen. Es herrscht Unfähigkeit, überschaubare Grenzen zu setzen. Tafel V gilt allgemein als die strukturierte Tafel, wo sich die Testperson mit der leichten Deutung Fledermaus oder ähnliches erholen kann, wo der Realitätssinn angesprochen ist. Bei den Antworten zu Tafel V der suizidalen Jugendlichen ist festzustellen, daß gerade diese Tafel empfindlich gestörte Antworten evoziert. Es kann eingewendet werden, daß auf Tafel V vielleicht ein verspäteter Dunkelschock seinen Ausdruck findet, und die Störungen auf dieser Tafel mehr als Depressionszeichen denn als Realitätsproblematik gewertet werden müßten.

Der verschobene, verquerte Umgang mit den eigenen vernichtenden Ängsten unterstreicht aber geradezu das Verstricken in der überkontrollierten Realitätsanpassung.

Die folgenden Beispiele sollen einen Eindruck vermitteln, wie sich diese Unschlüssigkeit in der Praxis ausdrückt.

1. a Sieht aus wie Flügel, aber hat ja keinen Kopf, kann ja kein Vogel sein
Inqu.: Aber hat ja keinen rechten Kopf, müßte rund sein, habe nie so einen Vogel gesehen
G F— T (V) Defekt, → Do, Dtgsverl.
2. a Fledermaus, die in zwei Teile gerissen wird
Inqu.: Zuerst an eine Fledermaus gedacht, aber gedacht, man könne nicht zweimal das gleiche sagen
G Fm± T V Aggression, Subj. Krit.
3. a Teufel von oben
Inqu.: Ja, als das kann man die Hörner annehmen, und das Schwarze da kann auch seine Gestalt wechseln, also die Vorstellung
Ge (B)+ (M) → Distanzierung, Fabul.
4. a Zwei Sachen, die gegeneinander stoßen, Kopf gegeneinander rollen, sehe nicht genau, was für Sachen, Einsatz vom ganzen Gewicht
DG mF— Obj., (Md) (B)— O+
5. c Das ist irgend so ein Tier oder so, das etwas verschlingt, scheint von einem anderen Tier zu sein
Inqu.: Da studiert, was das sein kann, könnte Bein von einem anderen, habe gedacht, es könne gut ein Tierchen sein, das ein anderes auffrißt
dd Fm+ T, Td O+ Aggression, Diminutiv, Verschlingen

Versucht man auf der Ebene der Verrechnung, die durch die Probleme des Signierens beeinträchtigt ist, aber doch einen gewissen Überblick erlaubt, festzustellen, woher dieses Verheddern der Deutung kommt, so fallen zwei Phänomene ins Gewicht: zum einen das Fehlen von Versagern und zum andern die enorme Häufung akzessorischer Phänomene. Auf beide wird nun näher einzugehen sein.

Das Vermeiden von Versagern

Für die klinisch-diagnostische Praxis ist das Fehlen von Versagern ausgesprochen ungewöhnlich.

Nur in einer einzigen Testaufnahme finden sich überhaupt Versager, und dies bei dem jungen Mann mit dem niedrigsten IQ, so daß seine Versager wohl der Debität zuzuschreiben sind. Die suizidalen Jugendlichen geben ihre Antworten in jedem Fall, selbst dann, wenn sie die Klecksformen nur ungenügend berücksichtigen können, wie bei der folgenden Deutung zu Tafel III:

- a Und das Rote ist wie die Liebe, die verbindet, da sind sie im Schönen verbunden und im Dunkeln Gesichter gegeneinander gekehrt, also gleich

D mFbF Symbol

O— Konfabulation

Manchmal wird geantwortet und erst nachträglich gemerkt, daß die Antwort unpassend erscheinen könnte oder einen schlechten Eindruck erweckt. Typisch dafür ist der Kommentar zur folgenden Deutung auf Tafel VI:

- a Und das erste, was mir eingefallen ist, ist, daß ich zu meinem Freund gesagt habe, als ich etwas Dunkles auf dem Gehweg sah, das sieht aus wie ein plattgedrücktes Kind
Inqu.: Das da unten, als ich das gesagt habe, fand ich das auch schon ganz komisch, einfach ein dunkler Fleck, es war abends und es war auch ein dunkler Fleck

Ge B—, cF M

Destr., — Subj. Kritik

Nicht zuletzt versuchen die suizidalen Jugendlichen vielfach Deutungen, mit denen sie nicht zurecht kommen, auszuweiten, statt abzuklemmen. Der große Anspruch, alles zu umfassen, läßt sich trotz gelegentlich guter Ideen nicht decken. Die Deutungen finden kein Ende mehr beim Versuch, alle Einfälle unter einen Hut zu bringen. So werden sie beim nächsten Beispiel zu einem eigentümlichen, in seiner Lage verdrehten Weltsystem verkettet.

Tafel VIII

- a Zwei Bären, die versuchen, einem Menschen die Hand zu reichen, also der Menschheit, in diesem Ding ist die Menschheit drin, und das sind die Stützen, um hinaufzukommen, um die Hand zu reichen. Das untere können auch zwei Urmenschen sein, die eigentlich verwundert schauen, was diese beiden Bären mit dieser modernen Menschheit wollen. Das ist trotzdem eine Stütze, das meine ich, Anfang ist unten, Ende ist oben

Inqu.: Bären versuchen sich heraufzumühen, um der ganzen Menschheit die Hand zu reichen, die dahinter versteckt sind (Grau oben) Beine, Füße mit Schuhen und die Hände. Und da unten die Urmenschen, die sich wundern, daß die Bären sich mit Zivilisierten in Kontakt begeben (Urmenschen) so affenähnlich

DG bF+ T
F— Menschheit
(B)+ (M)

V
fabulierte Kontamination
→ Lageantwort

Das Fehlen der Versager läßt dahingehend interpretieren, daß sich diese Jugendlichen kein Versagen leisten dürfen, Versagen ist eine große, vernichtende Kränkung. Die eigenen Niederlagen machen sich immer wieder bemerkbar, werden bekämpft. Das Gefühl, ein Versager zu sein, kann erst im Akt der Selbstvernichtung eingestanden werden, wobei gleichzeitig das Scheitern in der Selbstzerstörung wieder aufgehoben und beendet wird. Entgegen landläufigen Meinungen präsentieren die suizidalen Jugendlichen ihre Ausweglosigkeit nicht, sondern schämen sie sich ihrer Mängel und verstecken sie, solange es eben geht.

Die Häufung akzessorischer Phänomene

Es gibt kaum eine Antwort zum Rorschach der suizidalen Jugendlichen, bei der nicht zusätzliche Auffälligkeiten zu notieren sind. Es finden sich Verdrängungen, Verleugnungen, Deanimierungen, Defektantworten, Zuwendungen zum Versuchsleiter und kritische Bemerkungen zu den Tafeln und zur eigenen Deutung. Wenn man die Anzahl der Zusatzsignierungen in den Protokollen suizidaler Jugendlicher mit der Anzahl der akzessorischen Phänomene in Protokollen anderer Gruppen vergleichen würde, wäre vermutlich dieser Meßwert für die suizidalen Jugendlichen stark erhöht.

Das Überborden der akzessorischen Phänomene kann dahingehend gedeutet werden, daß die innere und äußere Regulation bei den suizidalen Jugendlichen erheblich gestört abläuft. Die sich ständig an neuen Stellen entzündenden Spannungen können nicht durch eingespielte Automatismen beruhigt werden, sondern verlangen eine enorme Abwehrarbeit.

Deutet man die akzessorischen Phänomene als Manifestationen der Konfliktabwehr, so entsteht zunächst der Eindruck, als würden wahlweise alle möglichen Abwehrmechanismen durchprobiert und wieder verworfen. Allmählich kristallisiert sich aber heraus, daß die Verleugnung der bevorzugte Abwehrmechanismus ist.

Verleugnungen finden sich als:

– Deutungsverleugnung

- VI a Sieht aus, wie etwas, was so, wie etwas, das so startet, so senkrecht hochgeht
Inqu.: Das startet (D oben) und das, was unten übrigbleibt, Wolke oder so,
(Was startet?) es kann, sieht so schön aus, mit ausgebreiteten Armen

DG mcF Obj., Wolke → (M)

– Inhaltsverleugnung

- I a Frau mit Schwingen, mit erhobenen Händen
Inqu.: Gestalt und Füße, Bein, Hände, sieht nicht aus wie ein Engel, das hier

Ge B+ M V Inqu. Inhaltsverl.

– Verleugnung der roten Farbanteile der Tafel

- III a Die roten Farbklecke sehen aus wie Seen auf einer Landkarte
Inqu.: Weil sie auf einer Landkarte so aussehen

D F– Geo → willk. Fb
→ Distanzierung

– Verleugnung der dunklen Klecksstellen

- IV c oder ein . . . eine alte Fledermaus im hellen Licht
Inqu.: Wieder Körper mit ausgebreiteten Flügeln, normal in der Dunkelheit ist sie nur zu hören, nicht zu sehen, darum hell, sehen nicht mehr jugendlich aus, so klein, mager, alt

Ge F+ T V

Das Verleugnen stabilisiert sich jedoch nicht derart, daß ein in sich geschlossenes System, im Sinn einer Lebenslüge, entstehen könnte. Die Verleugnung gewährt einen gewissen Konfliktaufschub, wird dann aber durchschaut. Letztlich wird die angestaute Spannung durch motorische Aktivität abgebaut, wofür das Erfüllen des Agiersyndroms spricht.

Wie es zu diesem Aufstauen der Spannungen und zum überforderten Zusammenbruch der Abwehr kommt, wird aus den Konflikten und Phantasien verständlicher. Die Konfliktthemen und Phantasien lassen sich aus den Inhalten und aus der Relation der Inhalte zum Erwartungswert der Tafeln aufschlüsseln.

Die Konfliktthemen

Die faßbaren Konflikte wirken zunächst durchaus altersgemäß, nämlich Trennung von den Eltern und Finden der sexuellen Identität. Die Unabhängigkeit von Zuhause wird gewünscht, demonstriert, aber noch nicht wirklich ausgehalten.

Die Erwachsenenrolle wird besonders bei der Suche nach Partnern und bei der Übernahme der männlichen und weiblichen Rolle problematisch. Bei den jungen Männern sind die Ängste, impotent oder homosexuell zu sein, besonders deutlich.

VII a Ein Soldat

Inqu.: Steht vor jemandem, man sieht ihn von hinten

Zw(D) B+ M O+

Die Frauen haben Angst vor ihren phallischen Durchsetzungswünschen.

VII a (lächelt) Wie so komische Figuren, zwei alte Frauen, die den Kopf drehen können, wie eigentlich Menschen nicht drehen können, nur Vögel

Inqu.: Hier der Kopf (?) so die Haltung

D B+ M → Obj. Kritik

Erstaunlicherweise finden sich die altersadäquaten Konfliktäußerungen auf Tafel VII. Tafel VII ist für die suizidalen Jugendlichen die erholksamste, ungestörteste Tafel. Deutet man Tafel VII als die Tafel, wo die frühen, symbiotischen Beziehungen zur „Mutter“ angesprochen werden, so würde dieser Befund der Erwartung der sehr früh gestörten Mutter-Kind-Beziehung bei suizidalen Jugendlichen widersprechen. Es müßte hingegen angenommen werden, daß die sehr frühen, symbiotischen Beziehungen zur „Mutter“ noch recht gut durchlaufen wurden und erst in der Ablösung, dem Finden der eigenen Identität und Autonomie, die für die Suizidalen spezifischen Störungen eingetreten sind. Solange die Symbiose anhält, können progressiv die normalen Konflikte junger Leute angegangen werden. Geht diese Symbiose verloren, zerbricht auch die Fähigkeit, sich mit den anderen Jugendlichen zu messen.

Die offenen aggressiven, destruktiven Phantasien

Die aggressiven und destruktiven Phantasien, die vor allem auf dem Tafeln II, V, IX, X preisgegeben werden, wirken erschreckend wenig verfremdet und spannungsabsorbierend. Sie sind abgespaltene Wunsch- und Warnbilder zugleich. Die Antworten zu Tafel II und Tafel V zeichnen sich durch ein starkes Spüren der Aggression aus. Neben den schon in Zusammenhang mit der Störung des Realitätssinns vorgestellten Beispielen zu Tafel V sind etwa folgende Antworten zu Tafel II typisch:

- a Zwei Zwergli obendran, ist recht, was ich sage, die sich etwas Wichtiges sagen
Inqu.: Wie zwei Zwergli, die sich etwas zuflüstern, durch die Form, Kappe, die Tüpfli, wie wenn Spannung in der Luft wäre
D (B)+ (M) V Zuw. 1, Inqu. MFbFsymb
- a Ja, ein abgestürzter Vogel, also verletzt
Inqu.: Das ist das Blut irgendwie. Der Vogel ist in den luftleeren Raum gekommen, ins Vakuum, dann ist er geplatzt. Das Blut ist eingetrocknet, verkrustet. Das Bild ist viel aggressiver, was ist das eigentlich?
Ge Fm, FFb± T, Blut Zuw. 1, Defekt,
Inqu. HdFcol, Konfab.
- a (Stöhnt) Das Weiße da innen, das kann an einen Storch erinnern, wenn man das äußere Schwarze wegläßt, also habe nicht mehr zu sagen
Inqu.: Fliegender Storch, eindeutig durch das Schnabelähnliche, der Kopf, die Flügel, ohne Kopf hätte ich gesagt Kalkstück, das von der Wand abgefallen ist, also ohne Kopf
Zw(D) FmFFb' T O+ → Antwortverl.
Zw(D) mFbF' Kalk Defekt

Diese Aggressionen werden von außen kommend überwältigend erlebt. Außen gibt es aber keinen faßbaren Gegner, das Ich der suizidgefährdeten Jugendlichen droht vielmehr gegen eine Vernichtungsgefahr zu versagen, die sich erlebnismäßig technisch, pseudosachlich, im „Vakuum“ einstellt. Die Aggressionen scheinen weder von außen noch von innen zu kommen, sondern werden als nüchternes Naturereignis registriert.

Die Mischung aus Gefühl und Zuwendungsbedürfnis, die mit Hdcol auf den Tafeln IX und X angesprochen wird, scheint einen eigenartigen Sog auf die suizidalen Jugendlichen auszuüben. Morbide Phantasien werden zum Teil direkt ausgedrückt.

IX a Skelett verschwommen

Inqu.: Kann mich nicht mehr erinnern, Jesses Gott ja, könnten wir vielleicht streichen, vielleicht wegen . . .

D cF, HdFcol Mdanat

- a Das Gesicht von einem Menschen, wo das Hirn aufgeplatzt ist, da kommt so Flüssigkeit raus, seitlich so grün und am Hals unten rot
 Inqu.: Gesicht, schon möglich, daß das die Augen sind, das das Hirn und oben ist es offen und blutet, zerfließt einfach vor Schmerz
 ZWg B-, FbF, Fbsymb Mdanat, Flüssigkeit

Daneben werden verkapselte Wünsche nach intrauteriner Geborgenheit, nach Rückkehr ins Innere der „Mutter“ wach.

- IX c Farbige Atombombe, im Innern aus Plexiglas, komisch, daß sie symmetrisch ist
 GZw FbF, HdFcol Atombombe Obj. Krit., Zuw. 1
 – Das kommt noch ganz schizo heraus, wenn ich so viel sage –

- X a Ein Glas
 Inqu.: Glas ist rötlichgrau gefärbt, hat etwas drinnen
 D Fc+ → HdFcol Glas

Das Wissen um die eigene Gefährdung, das Makabre der Phantasien scheint nachträglich wirksam zu werden, jedoch die Phantasien über das Befinden im toten Glashaus nicht kanalisieren zu können. Die Mischung aus Stimulierbarkeit, angezogen werden von der Morbidität und das Abgespaltene dieser Inhalte von der verstandesmäßigen Kontrolle steuert vermutlich die Dynamik, die gemeinhin mit plötzlichem Suizidimpuls bezeichnet wird. Die Auffälligkeiten der Hdcol-Antworten bei unserem Testmaterial decken sich mit den bekannten Untersuchungsergebnissen von *Applebaum* und *Holzman*.

Sowohl das Ansprechen der Aggressionen als auch der libidinösen Wünsche scheinen die als neutral erlebten Zerstörungskräfte zu verstärken. Alle Spannungen müssen mit sich selbst ausgetragen werden. Es ist weniger wichtig, welche Stimulierung erfolgt, als daß jeder neue Stimulus das innere Chaos vergrößert. Der Wunsch nach Ruhe im „Innern von Plexiglas“ wird zum Ausweg durch ein Verkriechen in „menschenunabhängiger“ Leere. Zuwendungsbedürfnisse sind völlig versteinert. Man gewinnt den Eindruck, als seien die suizidalen Jugendlichen eingespannt in ein sich selbst überreizendes Autonomieprogramm, das letztendlich nicht standhält. Sie scheinen eingeklemmt zwischen verllorener Symbiose und Abhängigkeit einerseits und noch nicht erreichter Selbständigkeit und Ablösung andererseits. Das „Vakuum“ droht nicht mehr aushaltbar zu sein.

Zusammenfassung

Bei den Rorschachprotokollen der suizidalen Jugendlichen läßt sich die Schwierigkeit einer adäquaten Signierung feststellen, die auf Betonungsumschwünge innerhalb des Deutungsverlaufes zurückzuführen ist.

Auffälligstes Merkmal ist das Fehlen von Versagern, was auf die Tendenz einer übermäßigen, fassadenhaft wirkenden Anpassung hinweist.

Die Häufung akzessorischer Phänomene läßt die Interpretation zu, daß ein hohes Maß psychischer Arbeit geleistet werden muß, um mit der spürbaren Überstimulierung fertig zu werden. Besonderes Gewicht unter den akzessorischen Phänomenen kommt den Verleugnungen zu.

Betrachtet man den Verlauf anhand der Äußerungen zu den einzelnen Tafeln, so läßt sich feststellen, daß Tafel V als die gestörteste Tafel gelten kann. Das Entgleiten eines realen Bezugssystems geht dabei durch überkritisches „Verschlimmbessern“ an den herrschenden Vorstellungen vor sich. Am besten bewältigt wird Tafel VII, der Grund dafür ist noch zu überprüfen. Denkbar ist, daß relativ frühe, symbiotische Beziehungen gut ausgebildet sind, erst der Verlust solcher Beziehungen problematisch wird.

Die Farbtafeln II, IX und X evozieren aggressive, destruktive Phantasien, die unzensuriert mit nachträglichen Bedenken ausgesprochen werden. Wichtig ist, daß die Quellen der Aggression und Morbidität unfassbar sind.

Die Aufsätze

Die Aufsätze anhand des Unrichtsatzes ermöglichen einen direkten Zugang zu Phantasieinhalten, geben Einblick in sprachliche Gestaltungsfähigkeit und Sprachgebrauch. Es ist allerdings von einem Aufsatz her schwer zu unterscheiden, ob die Darstellung von Wünschen, von eigenen Erfahrungen oder von Vorbildern ausgeht. Wieviel jeder von sich in die Schilderung des Sohnes oder der Tochter, die am Fenster stand und in die dunkle Nacht hinausschaute, hineinlegt, läßt sich erst mit Hilfe der Kenntnisse aus der Anamnese oder aus einem Vergleich mit anderen Tests feststellen. Für die Analyse der Sprache fehlen Normen, dies wirkt sich als Schwierigkeit aus, wenn die normalen Pubertätseigenheiten von den besonderen Auffälligkeiten der suizidalen Jugendlichen unterschieden werden müssen.

Bei der Sichtung der Aufsätze der suizidalen Jugendlichen ist als erstes von Interesse, ob die Erfahrung mit Suizidversuchen in die Geschichten eingehen, wie dies von der Vergangenheitsform des Reizsatzes durchaus naheliegend wäre. In keinem der Aufsätze ist vom eigenen Suizidversuch die Rede, wird aus diesen Erfahrungen berichtet. Worte wie Suizid, Selbstmord, Freitod u.ä. werden nicht gebraucht, selbst dann nicht, wenn, wie in zwei Ausnahmefällen, die bestehende Suizidabsicht ausgedrückt wird. Hier eindeutig: „Meine Familie ist wohl reizend zu mir, aber was soll mir das, ich mache einen Schlußstrich“, hier indirekt: „Sie hatte Sorgen und Zweifel. Niemand kennt die Gedanken, sie wird immer alleine bleiben“. Das Ausklammern der traumatischen Erfahrung des mißglückten

Suizidversuchs, insbesondere durch die Tabuisierung der zur Suizidalität gehörigen Worte, scheint mir ein wichtiges Merkmal.

Dies führte mich zur Frage, ob die Vergangenheit in den einzelnen Aufsätzen überhaupt ausgeklammert wird. Diese Annahme ließ sich bestätigen, bis auf wenige Ausnahmen, wo Erinnerungen oder Zukunftserwartungen miteinfließen, benutzen die Aufsätze den Zeitraum vom verstrichenen Tag bis zum nächsten Morgen. Die Gegenwartsorientierung im Hier und Jetzt der Abendszene ist sehr stark; sie wird sichtbar in Formulierungen wie: „Plötzlich, gerade in dieser Nacht wurde ihr klar . . .“, „in den nächsten Minuten mußte es sich entscheiden . . .“, „da sah er auf einmal . . .“ usw.

Die stilistischen Mittel, wie Nichtgebrauch von offenen suizidalen Äußerungen und Schreiben in der lebendigen Gegenwart des Abends, führen dazu, daß die meisten der Geschichten harmlos, etwas kitschig und sentimental wirken. Von da her können für den einzelnen wichtige Aussagen leicht überlesen werden.

Bei genauerer Betrachtung lassen sich zwei Gruppen von Aufsätzen unterscheiden. Zur ersten Gruppe gehören auffällig gute Geschichten, die eine heile Welt und viel Erfolg schildern – zu schön, um wahr zu sein. Zur zweiten Gruppe gehören Geschichten, in denen die Aussagen beruhigend angelegt werden, aber von bedrohlichen Bemerkungen durchsetzt sind.

Die beiden Gruppen von Aufsätzen sollen etwas näher beschrieben werden. Zunächst ein vollständiger Text einer „heilen Welt“-Geschichte.

Die Tochter stand am Fenster, legte die Hände auf den Rücken und schaute in die dunkle Nacht hinaus. Sie ließ sich all das Geschehene durch den Kopf gehen. Sie war glücklich, endlich hatte ihr der Mann, den sie schon lange im geheimen liebte, mit einem warmen Blick angesehen. Dieser Blick, ach, sie konnte ihn nicht vergessen. Diese Augen, klar wie zwei Bergkristalle, rührten ihr Herz, daß es bebte. Wie lange schon hatte sie auf diesen Augenblick gewartet, auf diese Stunde gehofft. Nun war sie gekommen. Es ging eigentlich sehr rasch. Liebe auf den ersten Blick sozusagen. Wie der Wind über eine Blüte streift, so traf sie der erste Kuß. Wie lange sie schon so dasteht, merkt sie nicht, denn sie ist verliebt, das schönste, was es im Leben gibt. Möge ihr Glück anhalten, toi, toi, toi
Fränzi Zumsteg, 11.12.70

Diese überschwengliche Liebesgeschichte hat das 19jährige Mädchen in der Testsituation geschrieben. Nur fünf Tage vorher hinterließ sie bei einem Suizidversuch den Eltern einen Abschiedsbrief, der ihre eigene Situation völlig umgekehrt wie die der Romangeliebten des Aufsatzes kennzeichnet.

Liebe Eltern, Kilchberg, 6.12.70
ich schreibe Euch diesen Brief und bitte Euch für alles um Verzeihung. Ihr habt große Geduld gehabt mit mir. Ich weiß, das, was ich mache, ist eine Sünde. Ich weiß auch, daß, wenn es mir nicht gelingt, ich nicht mehr zu Euch kommen darf. Ihr seid gute Eltern, macht Euch keine Vorwürfe, ich habe es gut bei Euch gehabt.

Ich bin an mir selbst verzweifelt, weil ich mich gar nicht in den Händen gehabt habe. Ich bin nicht normal, ich könnte doch nie heiraten, ich kann niemals wieder froh werden, denn ich habe mich selbst ruiniert.

Alle verzeiht mir
ich danke Euch

Eure Fränzi

Wenn auch die Aussagen in beiden Texten so ganz widersprüchlich sind, fällt doch auf, daß in beiden Texten die Art, wie von Liebe gesprochen wird, übertrieben und aufgesetzt wirkt. Am Schluß werden wiederholend Ausrufe gemacht, die die bisherigen Äußerungen betonen. Die eigene Problematik erscheint im Aufsatz in einer verzerrenden Umkehrung, die Sprache bleibt aber ähnlich.

Diese Beobachtung müßte für die anderen Geschichten dieser Art allerdings noch eingehender überprüft werden. Hier ist kein Vergleich mit einem von der Aussage her konträren Text möglich, aber die Erzählungen in den Aufsätzen und die jeweilige Lebensgeschichte haben eine Verwandtschaft in der Umkehrung.

V.F. schreibt: „Der Vater sagt, hoffentlich hast Du Freude im Urlaub, sie hatte ihr ganzes Leben immer bei ihm verbracht“. Der wirkliche Vater von V.F. war Alkoholiker, galt als arbeitsscheu und hatte sich suizidiert, als V.F. noch klein war. H.H. wird in seiner Geschichte in eine Art Kriminalroman verwickelt, „seine reiche Familie wird überfallen“. H.H. hat immer mit Geldsorgen leben müssen. G.F., dem seine Gesundheit zu schaffen macht, schreibt, wie er auf Abenteuer auszieht, „den Fang der Tigerin“ bewerkstelligt.

Bei Aufsätzen, die durch ihre besondere Idylle auffallen, ist es angezeigt nachzuprüfen, ob dahinter nicht die Verleugnung der eigenen Realität, des eigenen Versagens oder Kapitulierens steckt.

In der zweiten Gruppe von Aufsätzen finden sich spürbare Widersprüche; die Schilderung von angenehmen Gedanken und Erlebnissen verkehrt sich in Bedrohung und umgekehrt. Ein besonders krasses Beispiel eines solchen Wechsels von „Tod und trautem Heim“ findet sich im Aufsatz von B.N.

Die Tochter stand am Fenster und legte die Hände auf den Rücken und schaute in die dunkle Nacht hinein. Die Dunkelheit gefiel ihr diesmal ausnehmend (besonders) gut, und sie dachte sich aus, wie es wohl wäre, wenn ewig Dunkelheit herrschen würde. Aber sie legte den Gedanken schnell beiseite, denn es wirkte doch irgendwie deprimierend auf sie – übrigens war sie gar nicht allein auf der Welt, bestimmen kann ein einziger Mensch so etwas Weltumwerfendes ja nicht ganz allein, einfach so ohne Einverständnis der anderen.

Also ließ sie wie schon gesagt den Gedanken fallen und dachte über den verstrichenen Tag nach. Auseinandersetzung mit dem Vater wegen falscher Lebensanschauung, falsche Lebensweise usw. („eigentlich machen mir solche Auseinandersetzungen wahnsinnig Spaß“, dachte sie) – und dann dieses Reitturnier, das sie auf dem Fernschirm verfolgt hatte, und wo sich – oh Grauen! – ein Springpferd (Favorit!!!) das Genick gebrochen hatte. Eigentlich komisch, dachte sie, wenn so ein Tier stirbt, fühle ich mich wahnsinnig unglücklich und bin tief erschrocken, ja sogar entsetzt,

daß so etwas überhaupt passieren kann. Dieses nette, hübsche Tier, warum muß das sterben? – Aber wenn Hunderte von Menschen bei einer Katastrophe oder einem Krieg umkommen, berührt mich das nicht so! Vielleicht ist man zu sehr daran gewöhnt, weil es oft in den Nachrichten kommt, der Mensch ist halt doch ein Gewohnheitstier, traurig, aber wahr.

Sie wandte sich vom Fenster ab, legte eine Platte von den Rolling Stones heraus, entschied sich dann aber für ein Konzert von Schubert, schaltete das Grammophon auf Zimmerlautstärke. Dann zündete sie sich eine Zigarette an, legte sich umständlich ins Bett – und begann zu lesen. Im Background das Konzert von Schubert, „eigentlich angenehm“, dachte sie. Dann schlief sie mit brennender Zigarette in der Hand ein.

Im Aufsatz von B.N. ist deutlich, wie sie immer wieder unangenehme Gedanken zu verscheuchen sucht, mit gegenteiligen Behauptungen, mit Szenenwechsel. Als es endlich im Zimmer gemütlich wird, schläft sie mit brennender Zigarette ein, bringt sich in selbstprovozierte Unfallgefahr. Neben den ambivalent wertenden Aussagen finden sich viele redundante Wiederholungen, die mit Ausrufungszeichen merkwürdig die eigene Unsicherheit übertünchen.

Die Verläufe der Geschichten dieser Gruppe zeigen in der Regel nicht so starke Richtungswechsel, aber es werden fast immer Diskrepanzen zwischen Anfangs- und Endsatz sichtbar. Hier noch einige Beispiele dieser Ambivalenz:

„Winter in diesem Dorfe, niemals würde sie das überleben“, dagegen steht „Es ist doch schön, daß es einen Winter gibt“. „Ein Mantel großer Geborgenheit, wie heimelig sie es doch hatte“, dagegen steht „diese trockene, dürre Rose dort, woher hatte sie sie nur?“. „Weinen beim Glockenklang am Neujahr wird empfunden als traurig, mächtig, wohltuend“.

Zusammenfassung

Zusammenfassend lassen sich die Erfahrungen mit den Aufsätzen Suizidaler folgendermaßen darstellen:

1. Suizidalität wird nicht offen erwähnt. Dies halte ich für besonders bedeutsam. Im allgemeinen wäre zu erwarten, daß Jugendliche durchaus über Suizid und Tod in ihren Aufsätzen nachdenken. Für die suizidalen Jugendlichen ist dieses Thema, besonders nach einem gescheiterten Suizidversuch, jedoch zu traumatisierend, um bearbeitet werden zu können.

2. Die Aufsätze benutzen für die Handlung nur kurze Zeiträume um die Abendszene herum. Die gefundene Gegenwartsorientierung, die auch bei Zeitmessungen von Suizidalen beschrieben ist, würde ich für ein weniger sicheres Kriterium halten, es könnte für Jugendliche überhaupt typisch sein.

3. Die Sprache der Aufsätze ist der Sprache der Abschiedsbriefe ähnlich. Sowohl die Charakteristika der ersten Gruppe, der häufige Gebrauch

von Worten wie Liebe, gut, schön, glücklich, das Benutzen von Exklamationen, wie auch das Typische der zweiten Gruppe, die Ambivalenz in Sprache und Logik sind dieselben Merkmale, wie sie in inhaltsanalytischen Untersuchungen der Abschiedsbriefe gefunden wurden. Die Vermutung liegt nahe, daß die Merkmale der Sprache, die in den Abschiedsbriefen eruiert wurden, sich vielleicht in modifizierter Form auch in einem solchen Test wie den Aufsätzen mit dem Ungrichtsatz nachweisen lassen. Dies würde bedeuten, daß es nicht nur Sprachmerkmale gibt, die Ausdruck des besonderen Moments vor dem Freitod sind, sondern Ausdruck der Persönlichkeitscharakteristika Suizidaler.

4. Geschichten, die dem Nicht-Ich viel Platz einräumen, sind als Gegenindikator zur Suizidalität zu werten. Bei allen Aufsätzen herrscht der Eindruck vor, daß sie nicht willkürlich ausgedacht sind, etwa nach literarischen Vorbildern. Es fehlen auch eingeführte, handelnde Personen, die mehr als Statistenrollen einnehmen. Die Fähigkeit, von der eigenen aktuellen Situation Abstand zu nehmen, kann als Schutzfunktion gegen Suizidalität angesehen werden.

5. Es lassen sich drei verschiedene Aufsatztypen beschreiben, der seltene offene Ausdruck von Suizidideen, die Schilderung einer besonders schönen Welt und Schwanken zwischen Wohlergehen und Bedrohung. Es ist unklar, ob diese verschiedenen Aufsatztypen zu diagnostisch unterschiedlichen Aussagen berechtigen, etwa im Sinn von Abstufungen der Suizidgefährdung.

Die Handschriften

Im Experiment von *Frederick* ist es den Graphologen gelungen, echte und gefälschte Abschiedsbriefe zu unterscheiden, ohne daß sie selbst angeben konnten warum. Es hat mich deswegen besonders gereizt zu überprüfen, ob es nicht doch möglich ist, gemeinsame Merkmale in den Handschriften von suizidalen Jugendlichen zu benennen. Es ließe sich einwenden, daß die echten Abschiedsbriefe, die *Frederick* den Graphologen vorgelegt hat, in einem außergewöhnlichen Moment geschrieben wurden und so nicht mit gewöhnlichen Testschriften vergleichbar seien. Es ist aber für die Handschrift nachgewiesen, daß sie relativ stabil ist. Die leicht zu verändernden Oberflächenmerkmale wie Größe, Lage, Weite tragen aber allgemein in der Graphologie weit weniger zur Deutung bei als die schwer veränderbaren Merkmale wie Längenunterschiedlichkeit, Druckverlauf und Strichqualität.

Wenn *Fredericks* Ergebnisse zutreffen, dann müßte es auch für die vorliegenden Testschriften nachweisbare gemeinsame Kriterien geben. Trotz

verbleibender Skepsis fand ich gehäufte graphische Merkmale. Ich setzte sie mit gängigen graphologischen Deutungsansätzen und auch mit psychodynamischen Konzepten in Verbindung, um zu untersuchen, ob sich aus den graphischen Merkmalen auch psychologische Rückschlüsse machen ließen. Meine Beobachtungen bei den Testschriften der jugendlichen Suizidalen werden im folgenden geschildert.

Vom ersten Eindruck her wirken die Schriften unauffällig, konventionell. Bei den meisten Schriften wird die Schulschreibvorlage eingehalten. Einige wenige Schriften benutzen andere Vorbilder für die eigene Schrift, z.B. technische oder graphische Gebrauchsschriften. Dieser erste Eindruck des Angepaßten läßt sich jedoch bei genauerer Analyse nicht mehr aufrecht erhalten. Es sind im eigentlichen Sinn Fassadenschriften. Die Schreiber versuchen ganz normal zu erscheinen, sich nichts von den eigenen inneren Spannungen anmerken zu lassen. Dies führt dazu, daß die Schriften brav, verklemmt und langweilig wirken. Der Mangel an Eigenständigkeit und Lebendigkeit ist für Jugendliche, die sich auf der Suche nach ihren eigenen Formen befinden, ihre Eigenart entwickeln und ausdrücken, untypisch.

Der monotone erste Eindruck entstammt nicht einer inneren Leere, sondern ist mit großer Verbissenheit und Anstrengung zustande gebracht. Es fällt auf, wie immer wieder unter starkem bewegungshemmenden Kontrolleinsatz geschrieben wird. Es finden sich gequetschte Formen, überstreckte Striche, Absetzungen, Lötungen und Verbesserungen. Die Bewegungen sind häufig unterbrochen, forciert, wirken unlustvoll.

Diese Schriftmerkmale hat *Knobloch* (3) als Merkmale der Mißerfolgsmotivation bezeichnet. Statt Anstrengungsbereitschaft aus Funktionslust, kommt es bei negativer Leistungsmotivation zu Forcierung, aus der Angst heraus, als Versager aufzufallen.

Besonders deutlich wird dies bei zwei Schriften, die mit sehr starkem Dauerdruck geschrieben sind. Dabei geht in einem Fall die ganze Kraft als bohrender, durchgehaltener Druck aufs Papier, die Schrift wirkt dunkel, überflutet und wenig moduliert (Tiefenspannung). Im zweiten Fall wird hingegen alle Kraft dazu verwendet, das Schreibinstrument vom Papier fernzuhalten, die Schrift wirkt fein, brüchig und saftlos (Höhenspannung). Diese Verkrampfung des Drucks auf das Schreibinstrument und vom Papier weg, die Antriebslosigkeit vortäuscht, ist nicht immer leicht festzustellen.

Geht man genauer auf die Schriften ein, so ist die große innere Spannung nicht zu übersehen. Sie äußert sich im Vorhandensein von Streßmerkmalen sowie Merkmalen extremer Ambivalenz im Schriftinnern.

Für den Streß sprechen verklumpte, lückenhafte, unschlanke und sperrige Striche. Der Eindruck des Überforderten, Verbrauchten, Müden läßt sich, wenn man sich auf die Betrachtung des Striches konzentriert und

nicht von den Formen ablenken läßt, direkt aus der Anschauung gewinnen. Etwas mehr Übung braucht es, um zu sehen, daß die angestrebte Regelmäßigkeit in der Schrift so gar nicht eingehalten werden kann.

Es wird eine konventionelle Form benutzt, aber eine unübliche Bewegungsrichtung gewählt. Die Buchstaben des Mittelbandes werden im Wortinnern weich, herabhängend, verschliffen, während die Endzüge brutal, hart, druckbetont nach oben ausfahren. Die Oberlängen werden betont überhöht, die folgenden Unterlängen hingegen angestückelt. Im gleichen Buchstaben wechselt die Schriftlage von rechtsschräg zu linksschräg. In den Majuskeln biegen aufbäumende, kämpferische Züge kraftlos ab usw.

Ambivalenzzeichen in der Schrift sind bei Jugendlichen eigentlich völlig normal. Auffällig ist aber im untersuchten Material, daß die Ambivalenz nicht offen in der Schrift zutage tritt, sondern miniaturisiert bei den einzelnen Buchstaben angebracht wird.

Die innere Gärung darf gar nicht offen zur Schau gestellt werden.

Das Zurückstauen der inneren Spannung hat eine wichtige Funktion, um sich den eigenen Affekten nicht zu sehr ausgeliefert fühlen zu müssen. Starkes Gefühlserleben wäre zwar altersmäßig adäquat, aber bei den suicidalen Jugendlichen fehlt jede Möglichkeit, heftige Gefühle sinnhaft zu genießen.

Ein Teil der Schriften zeigt düstere, verklebte, versumpfte, überflutete Strichbilder. Dies spricht dafür, daß sich diese Jugendlichen vor dem Durchbrechen von Depressionen schützen müssen. Ein anderer Teil der Schriften zeichnet sich aus durch brüchige, spröde, farblose, zerbrechliche, nervöse, übersensible Strichbilder. Man kann dies so deuten, daß diese Jugendlichen sich nur sehr schlecht vor äußeren Reizen abschirmen können, daß sie von Sinneseindrücken überhäuft sind, deren Verarbeitung sie überfordert. Alle Strichbilder, ob besonders dunkel oder besonders hell, wirken unsauber, getrübt.

Im weiteren fallen viele Merkmale auf, die üblicherweise im Sinn der Kontaktstörung gedeutet werden. Dabei läßt sich manchmal gleichzeitig Expansionsbedürfnis bis zur Distanzlosigkeit und Rückzug bis zur Eingengung feststellen. Merkmale der Isolierung finden sich immer.

Die Schriften verraten ein sehr schlechtes Einschätzen der Distanzen in den Bewegungen. Dies wird etwa sichtbar im gestörten Raumbild mit zu großen oder zu geringen Rändern, in schlechter Gliederung auf der Zeile, in unrhhythmischen Wortabständen.

Diese Schwierigkeit, über den Schreibraum zu verfügen, kann als schlechtes Gefühl für die eigenen Körpergrenzen gedeutet werden. Dieses unsichere Body Image erschwert sekundär das Einschätzen der Abstände zwischen Ich und Du. Dies verhindert ein entspanntes Sicheinlassenkönnen in mitmenschliche Beziehungen, Kontakt wird entweder anfänglich forciert und dann wieder zurückgenommen oder ganz vermieden.

Merkmale der Einengung und Isolierung finden sich sowohl in expansiven als auch in zusammengepreßten Schriften. Die Endzüge laufen kaum je locker aus, sie sind hochgeworfen, zurückgebogen, verkrallt, abgeknickt, nach unten verrutscht usw. Bei weiträumigen Schriften ist die falsche Völle verräterisch, große, aufgeblähte Formen sind nicht mit starkem Bewegungsdrang geschrieben, sondern gemalt und eingeschnürt, trotz weiter a-o-Reihe sind Ober- und Unterlängen oder die unauffälligen kleinen „e“ des Mittelbandes gequetscht.

Das Abbrechen des Kontakts wird aus allen Schriften deutlich, manchmal nur als plötzlicher Rückzug, manchmal als ständige Kontakthemmung.

Mir scheint, daß nach diesen Beobachtungen folgende Schriftmerkmale als typisch für die Handschriften suizidaler Jugendlicher angesehen werden können:

1. Fassadenschrift, äußere Regelmäßigkeit
2. Forcierung, Bewegungshemmung
3. Unregelmäßigkeit und Ambivalenz bei Buchstaben und Buchstabengruppen
4. Getrübte, unsaubere Strichbilder, zum Teil verklumpt, zum Teil lückenhaft
5. Schlechte Gliederung, besonders auf der Zeile
6. Gestörte Endzüge

Da die Merkmale 2, 3 und 4 bewußt sehr schlecht zu steuern sind, scheinen sie mir bedeutsamer als die Merkmale 1, 5 und 6. Ich würde meinen, daß bei Vorliegen der Merkmale 2, 3 und 4 an eine Interpretation von Suizidalität gedacht werden sollte; kommen die Merkmale 1, 5 und 6 hinzu, ist das Vorliegen von Suizidalität wahrscheinlich.

Diese Angaben bedürfen noch einer eingehenden Überprüfung. Die Unterscheidung von Schriften Suizidaler und Normalschriften dürfte anhand dieser Merkmale möglich sein. Hingegen stellt sich unter Umständen ein Problem beim Vergleich mit Handschriften somatisch Kranker und Delinquenten, bei denen Strichstörungen und Rhythmusstörungen bekannt sind.

Die Mutter von Carlo, 19, brachte mir die folgenden Schriftproben nach dessen Suizid. Sie wollte wissen, ob die Psychiater recht hätten mit der Behauptung, Carlo hätte sich auch unter weniger tragischen Umständen gleichwohl einmal umgebracht. Eine solche tückische Behauptung, vermutlich wohlmeinend gemacht, um die trauernde, schuldbeladene Mutter zu trösten, kann gar nicht so beantwortet werden. Anhand von Carlos Schriftproben läßt sich jedoch verfolgen, wie er sich im letzten Monat bis zu seinem Tod entwickelt hat.

I

Die erste Schriftprobe stammt aus einem Brief von Carlo an seine Mutter. Er ist seit sieben Monaten süchtig, er versucht seine Mutter zu trösten,

hofft aus der Szene der harten Drogen herauszukommen, weiß aber nicht recht wohin. Bei der Untersuchung dieser Schriftprobe lassen sich alle Merkmale finden, die für Schriften der suizidalen Jugendlichen in der Klinik typisch sind. Vom Duktus her wirkt die Schrift allerdings lebendiger, offener.

II

Die zweite Schriftprobe zeigt eine drastische Forcierung, wirkt verklebt. Carlo ist verhaftet worden wegen Drogenvergehens. Er schreibt seiner Mutter verzweifelt nach der Überführung aus der psychiatrischen Klinik, wo er wegen Entzugerscheinungen zunächst beobachtet worden war, ins Untersuchungsgefängnis. Diese Schriftprobe entspricht am meisten den Schriftproben anderer suizidaler Jugendlicher aus der Klinik.

III

Vier Tage später schreibt Carlo an seinen Bezirksanwalt, er hält es in der Isolierung der Untersuchungshaft nicht mehr aus. Die Stereotypie der Schriftprobe III ist ganz ausgeprägt, die angstvolle Fassade angestrengt zusammengemalt.

IV

Nach einem bedrohlichen Verhör wird Carlo wieder allein gelassen, er schreibt die Abschiedszeilen von Schriftprobe IV und erhängt sich. Seine Kraft ist nicht mehr aufs Papier gerichtet, der Strich ist dünn vom An-sichhalten. Das Schriftbild aber findet am ehesten zu seiner ursprünglichen Schrift zurück, wirkt gelöster, sensibel.

Sicher hat Carlo seit jeher damit zu kämpfen, zwischen forciertem Willenseinsatz und passiven Wünschen seine Aktivität zu steuern, seine Sensibilität zu nutzen, statt zu überspringen. In der akuten Belastungssituation des Gefängnisses ist er völlig der Angst ausgeliefert, die er mit mechanischer Anpassung, Pseudorobustheit nicht eindämmen kann.

Innere sowie äußere Mechanismen kommen zusammen bei diesem enormen Streßzustand, dem Carlo schließlich mit Suizid ein Ende macht.

Schriftprobe I zeigt wesentliche Merkmale, Schriftprobe II aber erst den Gesamteindruck einer Schrift eines Suizidärs.

denn im Grund genommen weis ich überhaupt nicht was ich mit meinem Leben anfangen soll. War aus dieser Lage in der ich jetzt bin will ich weg, aber wohin? Hier in der Sehnsucht eine Existenz aufbauen mit Wohnung, Auto und wenn möglich Familie finde ich nicht erstrebenswert. Denn ich finde

keine Lust? So abenteuerlich ist das ganze gar nicht. Das mit der Gewalttätigkeit und Verunsicherung ist das größte Problem. Da bin ich mir noch nicht ganz klar. Aber ich muss mir eingestehen dass an meinem bisherigen Leben noch nichts mein eigenes Wille war. Ich habe keinen Willen? Also muss ich mich zwingen ^{einen} Willen zu haben aufzuführen. Und mit dem habe ich ja schon

Ich habe mit 18 Jahren begonnen Zeit mehr auszunutzen, als mit 19 Jahren zuvor. Das größte Problem besteht darin, dass ich bisher keinen eigenen Willen hatte. Ich wurde immer geführt, ob von den Eltern, vom Lehrer, vom Lehrmeister und schließlich von dominierenden Charakteren. Ich habe mich nie etwas richtig gewollt, ich bin auch träge.

Es ist nur Zeit, die ich nicht mehr an der Zeit

Perspektiven aus den Erfahrungen mit Tests „chronisch“ suizidaler Jugendlicher

Bei der Sichtung, Auswertung und interpretierenden Beschreibung des Testmaterials haben sich eine Fülle von Anregungen, sowohl auf der Ebene der Testmerkmale als auch auf der Interpretationsebene finden lassen. Die Arbeit mit Tests, unbelastet vom Beweis für irgendein spezifisches Merkmal oder eine vorgängige Hypothese, erleichterte es, neue Gesichtspunkte für eine Überprüfung zu entdecken. Dies erscheint mir deshalb ein weiterhin brauchbarer Weg, um aus der Erstarrung in der Betrachtung bereits bekannter Daten in der Suizidologie herauszukommen.

Die Beschränkung auf klinische Testpsychologie schien methodisch sinnvoll, um nicht in völlig willkürliche Einzelfallbetrachtung abzugleiten, sondern doch relativ abgesicherte Verallgemeinerungen machen zu können.

Ein wichtiger Vorteil beim Gebrauch der Standardtests ist der große Erfahrungshintergrund; so war es eindrucklich aufzuspüren, was an üblich erwartbaren Testergebnissen fehlt, und nicht nur zu verifizieren, welche Merkmale vorhanden sind. Diagnostische Leistungen, die das gegebene Vergleichswissen übertreffen, scheinen mir von daher erklärbar.

Nachdem bisher die Details der Diagnostik so ausführlich erörtert worden sind, soll nun versucht werden, ein verallgemeinerndes diagnostisches Portrait der chronisch suizidalen Jugendlichen zu zeichnen.

Die suizidalen Jugendlichen sind erschreckend anpassungsbereit. Das heißt nun nicht, daß sie sich immer brav verhalten, aber daß sie sich mit strengen Konformitätsmaßstäben messen. Die Unterwerfung unter akzeptierte Schemata ist so rigide, daß die Realitäten ein Versagen nahezu auferlegen.

Der Zwang, die eigenen Vorstellungen und Verhaltensweisen immer wieder kritisch neu formulieren zu müssen, verhindert ein Zurechtfinden in überschaubaren eigenen Grenzen. Der Realitätsbezug entgleitet, paradoxerweise gerade weil er so maßlos gesucht wird, entartet zur schamvoll gehüteten Fassade.

Die suizidalen Jugendlichen beurteilen sich selbst einseitig, wenig elastisch, undifferenziert. Sie können nicht ertragen, daß ihr Selbstwertgefühl Schwankungen unterlegen ist, und klammern sich an Klischees, positiver oder negativer Identität. Hinter den langweilig, verklemmt oder verbissen, angestrengt wirkenden Bemühungen der suizidalen Jugendlichen um Ordnung zwischen gut und böse, stark und schwach, aktiv und passiv gärt die Neuorganisation der inneren und äußeren Welt, die alle Jugendlichen bewältigen müssen, und die ohne Erschütterungen, Schwankungen, Unsicherheiten, Ambivalenzen gar nicht vonstatten gehen kann.

Vom biologischen Ereignis der Pubertät her muß die Trieb- und Ich-Organisation von kindlicher auf erwachsene Sexualität eingestellt werden.

Bei suizidalen Jugendlichen fällt der schlechte Bezug zum eigenen Körper auf. Sinnhaftigkeit ist durch rationales Liebesidyll verstellt. Vom Rollendiktat abweichende sexuelle Wünsche, die zum Ausprobieren der neuen erwachsenen sexuellen Möglichkeiten gehören, werden besonders schuldvoll verarbeitet. der quälerische Umgang mit der eigenen Sexualität erschwert das Finden von Partnern. Die Distanzen zum Du werden durch übertriebene Isolierung oder unangemessenes Sichaufdrängen schlecht gemacht.

Die Ablösung von der Kindheit, der Schritt in die Unabhängigkeit dynamisiert Probleme der Autonomieentwicklung. Aggressive Strebungen können von suizidalen Jugendlichen nicht als Aktivitätspotential für Partner- und Berufswahl genutzt werden. Aggressive und destruktive morbide Phantasien nehmen einen großen Raum ein. Sie sind wenig zensiert, verfremdet und spannungsabsorbierend. Gewalt wird als von außen kommend, überwältigend erlebt, ohne aber jeden faßbaren Gegner. Aggression erscheint als nüchternes Naturereignis, pseudosachlich, Destruktion geschieht quasi im Vakuum.

Die sich ständig an neuen Stellen entzündenden sexuellen und aggressiven Spannungen können nicht durch eingespielte Automatismen beruhigt werden. Die Jugendlichen stehen unter dem Streß, erheblichen Aufwand an innerer Abwehrarbeit leisten zu müssen, um die Spaltung zwischen Normwelt und Phantasiewelt zu übertünchen. Meist bleibt da nur noch die Verleugnung des inneren Aufruhrs, ohne aber dann ein ganz haltbares System der Lebenslüge finden zu können. Im Leistungsbereich wirkt sich die Spaltung zwischen Anpassungs- und Phantasiedruck durch Ausbeutung oder Sabotage der eigenen Fähigkeiten und Begabungen aus. Die daraus resultierende Überforderung macht für Krisen verletzlich.

Wenn wir diese Beschreibung überdenken, so fällt es schwer, pathologische von nicht-pathologischen Erscheinungen zu trennen. Das Erleben von Anpassungsdruck, sexueller Rollenfixierung, unfäßbarer Gewalt, Zwang zu entfremdeter Arbeit trifft uns in unserer Gesellschaft alle. Was diese Jugendlichen von anderen Jugendlichen unterscheidet, sind ihre geringeren Möglichkeiten zur Rebellion oder sichernden Flucht. Auffällig ist ihre Unfähigkeit zu verdrängen. Von Verleugnung, Affektumkehr, Rollenprojektion her wirkt ihre Symptomatik eher schizophrenie- als depressionsähnlich. Eine Beobachtung, die andere Untersucher teilen (*Balser* und *Masterson*, *Kernberg*, 1, 2).

Wenn wir wünschen, daß diese gefährdeten Jugendlichen zu einer Flexibilität ihres Ich gelangen können, die es ihnen ermöglichen soll, Suizid als Symptom aufzugeben, dann müssen wir klären, welche Widerstände von den gesellschaftlichen Verhältnissen und den unbewußten Über-Ich-Forderungen her sich einer solchen Veränderung in den Weg stellen. Es gilt also im folgenden zu fragen, welches die gesellschaftlichen Strukturen

sind, die der Elastizität des einzelnen entgegen arbeiten und Jugendliche veranlassen, sich als unauffällige Normmenschen zu identifizieren. Von der therapeutischen Begegnung mit suizidalen Jugendlichen soll mehr Licht auf den Abkapselungsprozeß in der Phantasiewelt geworfen werden, um die irrationalen Verfestigungen, die außer in Analysen und Therapien kaum sichtbar werden, hinterfragen zu können.

Literatur

- (1) *Balser, B.H., J.F. Masterson Jr.:* Suicide in Adolescents. *Am. J. Psychiatr.* 116 (1959) 400–404
- (2) *Kernberg, P.:* The Analysis of a 15 1/2 year-old girl with suicidal Tendencies. In: *M. Harley* (ed.), *The Analyst and the Adolescent at Work*. New York Times Book Co., New York 1974, p. 232–268
- (3) *Knobloch, H.:* Zur graphologischen Auswahl von höheren Führungskräften
Unveröffentlichter Vortrag, 1968
- (4) *Ungricht, J.:* Reizsatz, entwickelt für die Akademische Berufsberatung, Zürich 1948. Mündlich überliefert

4. Therapien mit suizidalen Jugendlichen

Die Beschreibung von wichtigen Stationen im Verlauf von Psychoanalysen oder Psychotherapien mit suizidalen Jugendlichen soll das Verständnis für die innere Dynamik erleichtern, die suizidales Verhalten auslöst oder abbaut.

Anders als mit der Zustandsaufnahme des Tests, die eine Beschreibung des Suizidärs zu liefern vermochte, geht es hier um verbindliche Interaktion in einer längerfristigen Zweierbeziehung, um ein Hin und Her von Gedanken und Gefühlen des Suizidärs mit einer Beziehungsperson.

Von unmittelbarem praktischen Interesse ist es dabei, die Veränderungen ins Blickfeld zu rücken, die von einer starren Konfliktlösung, die nur Suizid zuläßt, zu einer flexibleren Beurteilung und Behandlung der eigenen Konflikte hinführen, damit zur Eröffnung von Handlungsmöglichkeiten im Leben.

Mit Analyse oder Therapie ist gemeint, daß die eingespielten Beziehungsmuster im Kontext der aktuellen Situation neu bewertet werden. Die analytische Begegnung ist also nicht ein Wiedererleben schlecht bewältigter infantiler Situationen, „kein direkter Weg zurück“ (*Blank und Blank*, 1), wo zum Beispiel Mutter und Kind sich anders zusammensetzen könnten. Das neue, nicht selbstverständliche Erleben von Zweierbeziehung mit dem Therapeuten läßt vielmehr die Erfahrungen der eigenen Lebensgeschichte in anderem Licht erscheinen. Die therapeutische Beziehung versucht eine solche innere Umstrukturierung zu erleichtern, kann aber nicht soziale und ökonomische Strukturen, die nachhaltig Verhaltensweisen wie Suizid fördern, allein aufheben. Die analytische Beziehung dient hier als leicht der Beobachtung und Interpretation zugänglicher Prozeß der Umformung von Konfliktlösungen. „Solche Neuformulierungen können sich auch ohne Analyse im Leben der Menschen einstellen, wenn innerpsychische Dispositionen und gesellschaftliche Verhältnisse eine Entwicklung in diese Richtung begünstigen“ (*Morgenthaler*, 23). Ebenso denkbar sind andere künstliche als die gewählten Methoden, die psychische Veränderungen herbeiführen.

Die Beschreibung von analytischen Beziehungen scheint deshalb hilfreich, weil es schwer ist, mit suizidalen Jugendlichen überhaupt Kontakte über längere Zeit in Gang zu halten. Als störend erweisen sich gegenseitige Angst und lästige Gefühle der Erschöpfung. Es braucht mehr als Willen und Einfühlung im Zusammensein, um mit den Enttäuschungen in der Beziehung mit suizidalen Jugendlichen fertig zu werden. Die genaue Darstellung von kritischen, beziehungsgefährdenden Situationen soll zu einer breiteren Diskussion beitragen. Wenn dieser Beitrag dazu dient, daß solche

Fälle unter Kollegen und Interessierten ohne allzu große Scham besprochen werden, wäre viel gewonnen. Der beste einzelne Indikator, ein hohes Suizidrisiko eines Patienten einzuschätzen, ist wahrscheinlich das Bewußtsein der eigenen Ängste des Therapeuten (*Litman*, 19), diese eigenen Ängste sollten also nicht verleugnet oder verdrängt werden.

Die analytischen Erfahrungen, die im folgenden Teil berichtet werden, sollen den Prozeß der Suiziddynamik verstehbar machen, sie können aber auch unmittelbar als Vergleichsmaterial für therapeutische Interaktionen gebraucht werden. Hinweise für Klippen in den Alltagsbeziehungen mit Suizidären lassen sich indirekt ableiten.

Die Beispiele aus Therapieverläufen stammen teilweise aus meiner Praxis, teilweise aus Falldarstellungen in der Literatur. Alle Angaben sind nur soweit verändert, daß die Diskretion gewahrt ist.

Die Indikationsstunden

Der Beginn jedes therapeutischen Kontaktes, die Phase der gegenseitigen Beurteilung, ist durch Erwartungsängste bei Therapeut und Klient mitgeprägt: Gefallen wir uns, kommt man miteinander zurecht, findet man eine gemeinsame Sprache, kann man sich verstehen, läßt sich zusammen arbeiten? Mit suizidären Klienten schleicht sich aber noch eine andere Art von Unsicherheit ein, die am Beispiel von Bert dargestellt werden soll.

Bert sitzt unangemeldet im Wartezimmer, er ist einfach einmal da. In einer Arbeitspause finde ich ihn, er wirkt hilflos, lächelt mich an. Ich denke, was für ein großes Findelkind, höchstens siebzehn. Ein Psychiater hatte ihm meine Adresse gegeben. Ich vereinbare mit Bert einen Termin am nächsten Tag. Inzwischen telefoniert der Psychiater, mit Bert sei es dringlich, er sei ganz passiv, verfangen in seiner Zwangshaftigkeit und seinen moralischen Skrupeln, er werde hospitalisiert werden müssen, wenn es nicht jetzt noch gelingt, ihm Spielraum für Aktivität zu verschaffen, ich solle therapeutisch nur ja durchhalten, er sei gescheit, es lohne sich.

In der ersten Stunde bei mir berichtet Bert zwar, daß er sich asozial empfinde, weil er das Gute unterlasse, keine Aufgaben erfülle, aber das klingt einfühlbar und wird verständlich durch seine streng religiöse Erziehung, wo mit vielen Geboten der Pflichterfüllung operiert wird. Mir fällt es schwer zu glauben, daß er schon vierundzwanzig ist, vor allem, weil er ganz präsent von der Schule erzählt, als läge das Abitur noch weit vor ihm. Beim Erwähnen seines ehemaligen katholischen Internats bekommt er einen schrecklichen Hustenanfall, und ich bringe ihm ein Glas Wasser. Er ist wieder das kleine Söhnchen für mich, kein Mann, dabei bin ich gar nicht so viel älter; war sein Hustenanfall ein Angstanfall? Am Schluß der Stunde sagt er, daß er am liebsten jeden Tag kommen würde.

Darauf kommt er die zweite Stunde viel zu spät, ich warte, bin unruhig, 10 Minuten vor Schluß erscheint er, stellt bohrend Fragen nach Gott und dem Leben. Er wirkt gehetzt, wirr. Da ich ihn bald wieder wegen des nächsten Patienten hinauskomplimentieren muß, frage ich ihn, wie er unsere erste Stunde empfunden habe. Er meint: „Es ist ein Kampf“. Ohne es zu merken, streckt mir Bert die Zunge raus. Ich fühle mich enttäuscht, habe ich zuviel erwartet, ihn verwirrt mit meiner mütterlichen Hilfsbereitschaft, ich fürchte, er ist präpsychotisch und bestelle ihn für den nächsten Tag. Nun kommt Bert gutgelaunt und pünktlich vom Tennisspielen, er habe den Gedanken gehabt, er könne mit seiner Unsicherheit leben, er brauche die Therapie sicher überhaupt nicht. Das einzige, was ihm gefehlt habe und was er jetzt bei mir gelernt habe, sei, daß er nie über sich geredet hätte. Auf die Frage, ob das bei ihm zuhause in den Bergen so üblich gewesen sei, nicht viel Aufhebens von sich zu machen, berichtet er Kindheitserinnerungen, wie er die unangenehme Tatsache, der Kleinste in der Klasse gewesen zu sein, mit Stolz bewältigte, nicht von Kleineren überholt werden zu können.

Ich traue Berts Optimismus nicht, lasse ihn nicht aufhören, sondern bestelle ihn wieder. Bert kommt, und wir geraten in ein anstrengendes Gespräch, wie er der Sündigste sei, den Wunsch habe, aber der Beste im Gutsein zu werden, und wie solcher Ehrgeiz mit Demütigsein nicht zusammenpasse. Hier werde ich stutzig und frage ihn nach suizidalen Absichten wegen seiner Suche nach dem Unmöglichen. Erleichtert berichtet er von seinen Selbstmordplänen. Wir beschließen, eine Therapie sei nötig. Ich werde ihn mit seiner „Schlechtigkeit“ weiter behandeln, gewarnt, daß er Kontakt bis jetzt nach wenigen Monaten abbricht.

Wegen einer Krankenkassenregelung muß ich nach dieser Stunde mit dem überweisenden Psychiater nochmals sprechen. Ich berichte ihm, daß Bert suizidal sei, darauf antwortet er mir, das sei doch klar, nicht zuletzt deswegen hätte er ja auch Bert so dringend geschickt, er hatte es nur unterlassen, mir das mitzuteilen.

In diesen ersten Stunden mit Bert weiß ich nicht, ist er ein hilfloser junger Mann mit verspäteter Pubertätskrise, der sich mit seiner altväterlichen Erziehung in der Stadt nicht zurecht findet; ist er ein schwerer Zwangsneurotiker, wie der Kollege zunächst meint; ist er präpsychotisch, wie meine Angst mitteilt. Die Diagnose schwimmt, schließlich taxiere ich ihn als Borderline-Persönlichkeit. Diese Schwierigkeit beim Klassifizieren führt wohl dazu, mit einer testpsychologischen Abklärung mehr Genauigkeit haben zu wollen. Dabei schleicht sich aber, wie im Testteil besprochen, dasselbe Phänomen ebenfalls ein; das Testen kann also, so merkwürdig das klingt, allenfalls dieses Umkippen, den Wechsel der Ich-Zustände objektivieren.

Solche diagnostischen Zweifel, wie sie mir für die Indikationsphase charakteristisch erscheinen, können sich weit über die Anfangszeit durch den Verlauf der Behandlung hinziehen. Eingesprengt in einen Bericht schreibt etwa *Lauffer* (17) von der Jane, die vor und während der Behandlung zwischen 14 und 17 Jahren Suizidversuche macht, daß er über das Ausmaß ihrer Psychopathologie immer wieder besorgt, im unklaren ist.

Selbst wenn die Selbstdestruktivität als Ursache dieser Unsicherheit ausgemacht werden kann, ist damit noch nicht gelöst, wann Gefahr droht. Stelle ich mich bei Bert auf seine Normalität ein, so wirkt er in der nächsten Stunde verrückt. Rechne ich mit seiner Absonderlichkeit, dann kommt Bert das nächste Mal gut aufgeräumt und fröhlich. Jede Stunde geht es zunächst mit ihm anders. Ich manövriere auch mit wechselnden Gefühlen zwischen Kontaktbereitschaft, Sorge und Enttäuschung. Angenehmes verwandelt sich in Verwirrung, Unangenehmes wird mit Stolz quittiert. Die Einschätzung der Selbstmordgefahr muß immer neu getroffen werden, vermutlich nicht einfach wegen des technischen Unvermögens, Einblick in die Suiziddynamik zu haben, sondern weil die selbstdestruktiven Tendenzen selbst momentanen Sprüngen unterworfen sind. Bestenfalls kann es gelingen, im weiteren Verlauf den Auslösern der Kehrtwendungen auf die Spur zu kommen.

Nun kann hier leicht eingewendet werden, daß solche Phänomene aus Übertragung und Gegenübertragung durchaus fürs therapeutische Verständnis nutzbar sind, aber selbst unter Berufung auf *Racker*, *Heiman* (25, 11) u.a. ist das Eingeständnis von Durcheinander, Ambivalenz, Sprüngen und Alogik nicht an sich ausreichend. Das Niveau dieser Störung ist wesentlich, um nicht mit den normalen Schwankungen Jugendlicher verwechselt zu werden.

Schließlich gibt es zwei wichtige Fragen, die ganz direkt zur Abklärung bei Suizidalen gehören:

1. Hat der suizidale Klient Verlusterlebnisse hinter sich, die einen geliebten Menschen oder eine für Beziehung einstehende wichtige Idee betreffen, also analytisch ausgedrückt, hat er einen „Objektverlust“ (*Freud*) erlitten.

2. Ist die Krise, wegen der ein suizidaler Klient gekommen ist, eine „schwere narzißtische Krise“, die sein Selbstwertgefühl beeinträchtigt hat, empfindet er Hoffnungslosigkeit (*Henseler*).

Wenn ich nicht mit diesen beiden bekannten Fragen angefangen habe, so deshalb, weil vielfach gar nicht die Suizidalität als Problem präsentiert wird und damit automatisch das Interview in diese Richtung lenken würde. Häufig wird eine Arbeitsstörung als auslösender Faktor für eine Therapie ins Feld geführt. Dabei ist es erstaunlich, wie geschickt das Selbstmordthema selbst dann beiseite geschoben wird, wenn es eigentlich schon bekannt ist und bewußt bleiben könnte.

Bei Bert „vergessen“ Psychiater und Klient von den Selbstmordideen zu sprechen, seine mangelnde Pflichterfüllung, d.h. Arbeitsunfähigkeit, gilt es zu behandeln.

Holger, 21, kommt nach einem schweren Suizidversuch aus der Klinik, als nächstes Therapieziel wird im Schlußbericht die Berufskarriere genannt.

Selbst der süchtige Carlo, 19, der es vor Angst im Gefängnis nicht mehr aushält, schreibt kurz vor seinem Suizid unter anderem: „Ich habe mir schon überlegt, ob ich mich militärisch wieder einordnen soll und dann meine Traumlafbahn als Pilot entlanggehen soll“.

Leistungsstörungen sind ein häufiges, relativ sozial akzeptables Symptom und können leichter ertragen werden. Beide Partner werden weniger durch Fragen nach Tod oder Überleben erschreckt. Das Mißtrauen sinkt, um überhaupt in Kontakt zu kommen. Darüber hinaus ist nicht zu erwarten, daß sich ein Klient den Rückzug in den Selbstmord von Anfang einer therapeutischen Beziehung an selbst abschneiden könnte oder wollte.

Sabine, 21, will sich ihren Selbstmord reservieren, sie berichtet zunächst nur von übertriebenen Examensängsten, später von übermäßigem Schlaf.

Nun läßt sich ja nicht hinter jeder Arbeitsstörung Suizidalität wittern. Aber wenn dieses Symptom in der vorher beschriebenen Dynamik der Beziehung auftaucht, ist an die Klärung obiger Fragen zu denken.

1. Zur Klärung des Objektverlustes

Seit *Freuds* „Trauer und Melancholie“ fahndet man bei Suizidalen nach den unverarbeiteten Objektverlusten. In vielen Untersuchungen wurde deshalb nach dem Ausmaß der Verluste naher Beziehungspersonen durch Tod in der frühen Kindheit geforscht.

Eines von vielen Beispielen ist etwa die Arbeit von *Greer, Gunn* und *Koller* „a group of adults who had attempted suicide had a more frequent history of childhood parental loss, which occurred at an earlier age, and which was less often replaced by substitutes than did nonsuicidal groups“ (10, S. 1354). Oder *Bruhn* findet „loss of one or both parents by death or separation due to marital disharmony for periods of six months or more before the patient reached the age of fifteen years“ (4, S. 772).

Im Einzelfall ist das Suchen nach der verlorenen Beziehungsperson jedoch nicht schon gleichzusetzen mit dem Finden der traumatischen Belastungssituation des Objektverlustes. Meist läßt sich eine ganze Kette von solchen Beziehungsverlusten finden. Dies soll anhand von folgendem Beispiel deutlich werden.

Holger, 21, der schon erwähnt worden ist, unternimmt einen massiven Suizidversuch, nachdem sein guter Freund bei einem Motorradunfall gestorben ist. Dabei hatte er seinen Freund gewarnt, nur ja vorsichtiger zu fahren, nutzlos. Hier ist also der Tod eines nahen Menschen Auslöser von

Holgers Todeswünschen. Kurz vorher hatte Holger noch eine Reihe weiterer bedrohlicher Trennungserlebnisse hinnehmen müssen, vor allem die Lösung von der Freundin. Nur familiäre Verlusterlebnisse scheint es bei Holger zunächst nicht zu geben. Alle Familienmitglieder sind wohl auf. Er versteht sich gut mit der Mutter, der Vater hat sich von der Familie depressiv zurückgezogen, lebt weitgehend in seinem Beruf und ist für Gespräche mit Holger schwer erreichbar. Die Familienschwierigkeiten bewegen sich durchaus in normalem Rahmen. Holgers betonte Klage, wie großlich ruhig es am Familientisch ist, geht zunächst unter. Erst im Verlauf der Therapie erinnert er, daß es früher, bis er zehn Jahre alt war, beim Essen lustig zugegangen ist. Seine wesentlich älteren Brüder lebten damals noch zuhause und mochten seine Clownerien gut leiden. Als sich die Brüder altersgemäß von zuhause lösten, blieb er als männliches Nesthäkchen am Elterntisch zurück und verstummte, weil die Eltern mit seinen Witzen nichts anfangen konnten. Die Selbstverständlichkeit, daß erwachsene Brüder weggehen, erschwert es zu erkennen, wie verloren Holger ist, als die Tischgemeinschaft und damit die Familiengemeinschaft zerfällt, denn die Brüder als Personen bleiben durchaus erreichbar. Holger ist mit dieser Veränderung im Latenzalter konfrontiert, einer Zeit, wo die meiste psychische Energie zur Beherrschung der nichtfamiliären Umwelt gebraucht wird, wenig Offenheit für die Bewältigung von Trennungserlebnissen vorhanden ist. Bei der Frage nach ungelöstem, das heißt nicht durch Trauerarbeit bewältigtem Objektverlust genügt es oft nicht, sich auf eine fehlende Person zu konzentrieren. Bei den suizidalen jungen Mädchen, die *Duehrsen* (6) untersucht hat, ist die Geburt eines weiteren, späten Kindes der Mutter, der Gewinn des neuen Babys, über das sie sich auch freuen, gleichzeitig Verlust der privilegierten Stellung bei der Mutter.

Auffällig ist hier und einer weiteren Diskussion wert, ob Phasen der Entwicklung wie etwa die Latenz, denen eine gewisse Unempfindlichkeit für innere Konflikte zugeschrieben wird, diese nicht einfach abschütteln, sondern bis zur nächsten Entwicklungskrise unverarbeitet stehen lassen, wo sie dann zunächst unverständlich ausbrechen.

2. Zur Klärung des Selbstverlustes

Henseler (12) hat darauf hingewiesen, daß Suizidhandlungen wesentlich mit einer vorhergehenden „narzißtischen Krise“, einer Erschütterung des Selbsterlebens, verknüpft sind. Nun sind alle Menschen immer wieder Einbrüchen der Selbstachtung, die mit Gefühlen der Mut- und Hoffnungslosigkeit einhergehen, ausgesetzt, aber nur wenige Menschen werden suizidal.

Millers (22) Definitionen des gesunden Selbstgefühls hilft hier weiter, sie schreibt: „Unter einem gesunden Selbstgefühl verstehe ich die nicht bezweifelte Sicherheit, daß empfundene Gefühle und Wünsche zum eigenen

Selbst gehören. Diese Sicherheit wird nicht reflektiert, sie ist da wie der Pulsschlag, den man nicht beachtet, solange er in Ordnung ist!" (S. 133). Die innere Freiheit und Lebendigkeit, die den unreflektierten, selbstverständlichen Zugang zu eigenen Gefühlen und Wünschen ausmacht, gibt dem Menschen seine Selbstachtung. Beim Großteil der Suizidalen finden wir aber diese unbeobachtete Elastizität nicht. Das Selbst der Suizidäre spiegelt sich vielmehr klinisch in widersprüchlichen, voneinander dissoziierten und abgespaltenen Ichzuständen, die einander abwechseln, ohne je integriert zu werden, so daß das Individuum sich zwar an sein konträres Selbsterleben „erinnern“ kann, aber nicht in der Lage ist, diese Selbsterfahrungsweisen zusammenzubringen (*Jacobson, Kernberg, 14*).

Wie diese Desintegration auf Beobachter wirkt, läßt sich am Beispiel von Brigitte verdeutlichen.

Sie kam mit achtzehn in die Klinik, ihre Therapieversuche scheiterten, weil die Therapeuten oder deren Familien müde wurden zu ertragen, daß sie etwa am gleichen Tag einsichtig mitarbeiten konnte, nachts irgendwann völlig hilflos telefonieren mußte, um am folgenden Tag dem nächstlich geweckten Therapeuten Versagen vorzuwerfen und sich als der größte Fall der Psychiatrie aufzuspielen, den der Idiot von Therapeut sowieso nicht versteht, um sich dann unvermittelt mit hypochondrischen Klagen appellierend an ihn zu wenden. Brigittes gute Intelligenz und ihre immer wieder durchscheinende sympathische Selbstironie sind allein nicht in der Lage, diese losgelösten Zustände zu integrieren, und auch äußere Hilfe ist schwer zu strukturieren. Ihre Selbstmordversuche wirken wie ein weiteres Teil des unzusammengehörigen Puzzles.

Die Spaltungen des Selbst sind oft nicht so massiv, aber eine gebrochene Kontinuität der Selbsterfahrung im Verlauf der Lebensgeschichte oder auch in verschiedenen psychosozialen Interaktionsbereichen wird in der Regel spürbar.

Dies zeigt sich etwa bei Holger, für den die erste vereinbarte Therapie-stunde so problematisch ist, daß er stattdessen einen Selbstmordversuch macht. Als er nach einigen Wochen zu mir in die Therapiestunde kommt, erscheint er ganz selbstverständlich als mein Klient, obwohl ich ihn noch nie gesehen habe. Diese Selbstherrlichkeit, mit der er angenommen zu werden verlangt, läßt mich kaum glauben, wie er sich schämt und verstecken muß. Seine Grandiosität kontrastiert auffällig zur empfundenen Schwäche. Gute und schlechte Selbstimages bleiben nebeneinander stehen und können nicht in ein realistisches Selbstkonzept eingebaut werden. Krisen nehmen dadurch unbewältigbare Dimensionen an.

3. Vergleich mit klinischer Beschreibung

Eine weitere Hilfe, um die Suizidalität im Rahmen der gesamten Persönlichkeitsstruktur einzustufen und zu überlegen, ob ein Arbeitsbündnis

möglich ist und eine Behandlung mehr stützend strukturierend durchgeführt werden kann, sind die klinischen Beschreibungen von *Leonard* (18).

Leonard unterscheidet deskriptiv drei Typen von selbstdestruktiven erwachsenen Patienten: den abhängigen, unzufriedenen Typ, den zufriedenen, symbiotischen Typ; den „unaccepting“ unabhängig, unbeugsamen Typ. Es ist Vorsicht geboten, diese Typologie nicht als Charaktertypen zu fixieren.

Der abhängig, unzufriedene Typus, „dependent-dissatisfied“

Gemeint sind Menschen, die zwischen intensiven Abhängigkeitsforderungen und feindseligen Ablehnungen hin und her oszillieren, also diejenigen, die andere in einen ständigen Kampf über Abhängigkeit und Kontrolle hineinziehen, und denen man nichts recht machen kann. Sie manipulieren die anderen, sind ruhelos, unzufrieden, impulsiv, fordernd, irritierbar, negativistisch. Die Suiziddrohungen dieser Menschen wirken vielfach als reine Erpressung und drohen nicht ernst genommen zu werden. Unwillentlich provozieren sie Zurückweisung und Strafe von den anderen. Sie können zwar nicht mit anderen Menschen leben, aber auch nicht ohne sie. Als ob die Spannung, unter der sie leben, die Grenzen ihres Ichs verschwimmen läßt, bekämpfen sie den eigenen Körper gleichzeitig mit den andern. Anmerken möchte ich hier, daß die schlechte Prognose und der Kampf mit solchen Patienten vielfach als Grund benutzt wird, solche Suizidalen überhaupt nicht mehr zu behandeln. Diese Menschen sind sicher sehr früh in ihrer Individuation gestört, kämpfen aber bis zur Erschöpfung im Suizid oder Suizidversuch gegen all die erlebte Lieblosigkeit an, mit der sie sich mit den feindseligen Teilen ihres Ichs gleichzeitig identifiziert haben. Es sind lebenshungrige Menschen, die sich in der Familie und vor allem in Institutionen gegen die katastrophalen Zustände wehren, sich aber nur noch mehr darin verstricken, indem sie Gewohnheiten dieses Lebens übernehmen müssen. Von hier aus gesehen ist ihr sogenannter Negativismus ein Positivum.

S. Schmid (26) berichtet die Geschichte von Rosanna. Sie ist ein unerwünschtes Kind und kommt mit ein paar Jahren ins Heim zu den Nonnen. „Was für Rebellionen, Kämpfe und Strafkaktionen sich dort abspielt haben, darüber schweigt die Krankengeschichte.“ Mit fünfzehn Jahren landet Rosanna im „Irrenhaus“ von Triest. Wenn sie spielt oder Unfug macht, wenn sie Wutanfälle bekommt, wird sie in die Isolierzelle gesteckt, medikamentös versorgt. Sie lernt, sich ins eigene Fleisch zu schneiden, um herauszukommen, sie ärgert gern die Ärzte, weil die sich ihr dann wenigstens zuwenden müssen, und sei es, daß sich einer verißt und sie schlägt.

Die Struktur des Irrenhauses ändert sich im Rahmen der demokratischen Psychiatriebewegung. Rosanna ist eine schwierige Patientin, aber

sie lernt verstehen, daß sie sich kaputt macht, sich selbst am meisten schadet.

Ihre Fortschritte weg von der sich so unmöglich benehmenden Außenseiterin machen sie aber nicht einfach stark gegen ihre suizidalen Tendenzen. Sie lernt, sich mehr an andere Menschen zu binden; den Verlust ihres ersten eigenen Hundes, ihres ersten männlichen Freundes nimmt sie so schwer, daß sie sich gefährlicher als vorher zu zerstören versucht. Nicht mehr, um verrückt zu spielen, sondern wenn sie die Traurigkeit packt, ist sie suizidal gefährdet.

Die Therapie geht weiter. Es ist offen, ob sie lernt, Liebesverlust ohne Selbstzerstörung zu ertragen.

Am Fall von Rosanna läßt sich nachvollziehen, wie lohnenswert, aber auch langwierig solche Patienten zu behandeln sind. Von Vorteil ist bei Rosanna, daß ihre individuelle Therapie eingebettet ist in die Zusammenarbeit mit dem ganzen klinischen Team, das mit sehr viel Engagement und Können neue Wege geht und den Therapeuten nicht vereinzelt mit der mühsamen, ohne Rückschläge schwer denkbaren Therapie zurückläßt.

Bei Rosanna läßt sich nicht feststellen, was aus ihr ohne die Institutionsschäden geworden wäre. Sicher aber ist die zehn Jahre lang abhängig-unzufriedene Patientin dies nicht allein vom Erbgut oder Charakter her, sonst wäre sie zu solcher Veränderung gar nicht fähig gewesen. Vermutlich wäre der Behandlungsweg bei Ausbruch der Krise mit fünfzehn Jahren wesentlich kürzer gewesen.

Der zufriedene, symbiotische suizidale Typus, „satisfied-symbiotic“

Es handelt sich hier um über-sozialisierte, überangepaßte Menschen. Manifest ist ihre Bereitschaft, sich ganz den Kontrollen und Werten derer zu fügen, deren Liebe sie brauchen und von denen Bestätigung kommt. Die Wut darüber, daß sie das Recht, sich selbst zu sein, so weitgehend verleugnen, bleibt unterdrückt. Solange die Fusion der eigenen Identität mit einem geliebten Objekt aufrecht erhalten werden kann, glückt ihre Anpassung. Sie werden nur bei Verlust dieser Beziehungsmöglichkeit suizidal. Hierher gehören die in der psychoanalytischen Literatur beschriebenen Fälle, wo Suizid als „Tötung des Introjekts“ gedeutet wird, wo der Untergang des „Objekts“ automatisch den Untergang des Selbst bedeutet. Solche Patienten kommen mit schweren Depressionen in eine Behandlung und suchen Hilfe, wenn die Beziehung zum verlorenen symbiotischen Partner so stark ist, daß jede Hoffnung, Ersatz zu finden, aufgegeben worden ist.

Klaus, 25, lebte von klein auf schon immer mit einer Phantasiefrau zusammen, die ihn vollkommen verstand. Während eines Jahres findet er endlich eine Freundin, die diesem inneren Bild weitgehend entspricht.

Als sie sich zusehends eingeengt fühlt in dieser Wunscherfüllungspartnerschaft und sich von Klaus trennt, bricht er zum ersten Mal in seinem Leben zusammen. Auf die Therapie spricht er gut an in dem Sinn, als seine Depression sich bald erleichtert. Aber seine Struktur verändert sich nur sehr wenig, sobald ich mich einmal nicht so verhalte, wie er es sich vorstellt, lobt er mich zwar wegen meiner Hilfsbereitschaft in seiner depressiven Zeit, muß aber entwerten, daß er von mir eine Therapie bekommt. Er ärgert sich nie über mich, macht aber außerhalb der Stunden im Geiste eine richtige Analyse mit *Freud*. Nach zwei Jahren kann er sich zum ersten Mal bei einer Enttäuschung mit einem anderen Menschen ärgern, statt ständig den anderen zu erforschen.

Der unabhängig, unbeugsame Selbstmordtypus, „unaccepting“

Gemeint sind Menschen, die Bestätigung brauchen für das, was sie machen und leisten können, hingegen für ihre Person nicht Liebe erwarten. Früh haben sie nur für ihre Selbständigkeit im Handeln Zuneigung bekommen und fürchten sich vor Abhängigkeitsbedürfnissen und Nichtgenügen. Das Problem der Mißerfolgsmotivation verfolgt sie (siehe auch *Braun*, 3). Die Schwierigkeit, die sich bei ihnen einstellt, ist der kontinuierliche Verlust ihres Kontakts zur eigenen Emotionalität zugunsten ihrer Fähigkeit, die Umwelt zu beherrschen. Ihre intellektuelle und physische Aktivität hat Vorrang.

Sabine, 23, die schon erwähnt worden ist, galt stets als die gesündeste und stärkste unter drei Schwestern. Die ältere Schwester litt von klein an unter beachteten neurotischen Symptomen. Die jüngere Schwester war idiotisch zur Welt gekommen. Die Mutter von Sabine fühlte sich durch die Probleme der Kinder so belastet, daß sie Sabine gerade wegen ihrer Selbständigkeit besonders liebt und ihre Schwierigkeiten wie Daumenlutschen und langjähriges Bettnässen nicht wahrnimmt. Sabine kommt als hochbegabte, beliebte Studentin in Therapie, weil eine Lehrerin auf ihr Versagen im Studium aufmerksam geworden ist.

In ihrer Behandlung wird es enorm schwierig, das hohe Niveau ihrer Ichleistungen mit ihrer archaischen Emotionalität und Phantasiewelt in Berührung zu bringen. Das Abhängigwerden in der Therapie, Einsicht in die eigene Störung, wird als Schwäche empfunden und muß durch extreme Leistung abgebaut werden. Tragischerweise bei Sabine durch eine Tat wie den perfekten Selbstmord.

Meist kommt es bei dieser Gruppe von Suizidalen gar nicht zu einer Therapie, es sei denn infolge eines bemerkten Leistungsversagens, wie bei Sabine, oder nach einem doch noch mißlungenen Selbstmordversuch.

Hilfe benötigen, untergräbt auch dann noch stark das Selbstgefühl, und mit „Ich-schmeiße-das-schon“-Mentalität werden Hilfsangebote rasch

wieder aufgegeben, wobei dem bei ihrer guten Intelligenz und Handlungsfähigkeit oft wenig entgegenzusetzen ist.

Nach Meinung von *Leonard* gehören unter diese Gruppe von Suizidalen diejenigen, die besonders erfolgreiche Lebensgeschichten hatten, aber bei Erreichen ihrer Grenze von weiteren Bestätigungsmöglichkeiten Suizid begehen, wie *Pavese* oder *Krueger*, *Young*, *Hemingway* und *Forrestal*. Jugendliche in dieser Gruppe reagieren besonders hart auf Versagen während der Schule oder bei der Berufsfindung. Ihre Behandlung zeichnet sich aus durch die Mechanismen der Überanpassung, der Als-Ob-Persönlichkeit (*Mahler*, 20), des falschen Selbst (*Winnicott*, 28).

Um herauszufinden, ob und vor allem wie mit suizidalen Jugendlichen therapeutisch gearbeitet werden kann, ist die Beurteilung der Dynamik der ersten Stunden und sich hier abspielende Gespaltenheit und Ambivalenz in der Interaktion wichtigstes Kriterium. Zur Absicherung der Einschätzung der Struktur der Störung muß nach der Verarbeitungsfähigkeit von Objektverlusten gefragt werden, der Integrationsgrad des Selbst muß beurteilt werden. Um sich auf die Struktur von suizidalen Klienten zu eichen, eignet sich der Vergleich mit den sehr eingängigen Beschreibungen von *Leonard*, die hier in Kürze dargestellt wurden.

Die Patienten des dependent-dissatisfied Typus ähneln dabei der Beschreibung von Borderline-Patienten, wie sie *Kernberg* (14) macht. Die Patienten des satisfied-symbiotic Typus haben mehr gemeinsam mit den narzißtischen Persönlichkeiten, wie sie *Kohut* (16) darstellt. Die Patienten des unaccepting Typus fallen auf durch ihre Als-Ob-Persönlichkeitsstruktur im Sinne *Mahlers* (20), ihr falsches Selbst in der Sprache von *Winnicott* (28).

Die von mir in den Tests beurteilten Jugendlichen hatten meist eine Persönlichkeitsstruktur, wo sich frühreife, leistungsorientierte Überangepaßtheit des unaccepting Typus mit der gespaltenen Emotionalität des dependent-dissatisfied Typus vermischte.

Die Darstellung der Selbstmordphantasien

Sobald sich die Beziehung in der Therapie vertieft, bringen die suizidalen Jugendlichen auf eigentümliche Art die Gedanken ans Sterben und die damit verknüpften Phantasien in den gemeinsamen Dialog ein, und zwar durch Träume oder durch ein seltsames Schweigen.

Träume

Wenden wir uns zunächst den Träumen zu. Der erste Traum in einer analytischen Arbeit hat vielfach deshalb besonderes Gewicht, weil der Träu-

mer sich selbst auf indirekte Weise darstellt und seine Problematik noch relativ unverändert durch die Behandlung ausdrückt. Bei den suizidalen Jugendlichen gibt es Träume, die erschreckend präzise eine spätere Selbstmordhandlung vorwegnehmen. Hier zwei Beispiele:

Zu Beginn der dritten Woche ihrer Analyse erzählt Alicia, 15 1/2 (*Kernberg, 15*), sie habe wirklich seltsame Träume: Sie hatte geträumt, daß sie von einer Schlange in den Arm gebissen worden war und in die Notfallstation des Spitals ging, wo es kein Schlangenserum gab. Sie hatte ein heißes, brennendes Gefühl dabei. Zwei Tage später macht Alicia einen Suizidversuch, indem sie mit einer Rasierklinge ihre Pulsader aufschneidet.

Am Ende der dritten Woche ihrer Analyse erzählt Sabine, 23, sie habe geträumt: Ein Schwan hat die Flügel verklebt wie von der Ölpest und kann sich immer weniger bewegen und kommt um. Sabine und ihr Freund Franz betrachten das vom Ufer aus, sie halb weggewendet. Sie sagt dazu, ich bin der Schwan, und dann fällt ihr der Traum ein, den sie eigentlich vorher geträumt hatte. Ein Arzt mit einer Spritze, einer weichen Zahnarzt-nadel, stich ihr in den Hals. Sie spürt deutlich das Gefühl, die Nadel kommt am anderen Ende nicht raus.

Fünf Monate später nimmt sich Sabine das Leben, indem sie sich den Lauf einer geladenen Pistole in den Mund steckt und abdrückt.

Die Träume von Alicia und Sabine scheinen probehandelnden Charakter zu haben. Die eindeutige Information in diesen Träumen wird aber sowohl bei Alicia als auch bei Sabine in der Behandlungsbeziehung nicht klar. Alicia erzählt sofort auf diesen verräterischen Traum lachend einen alten Psychiaterwitz. In der Stunde vor dem Suizidversuch kommt ein unverfängliches Thema zur Sprache. Bei Sabine kommt es zu einer wütend ironischen Streiterei, weil sie es empörend findet, daß der Therapeutin das Ballett „Schwanensee“ einfällt, so daß die Geschichte vom „sterbenden Schwan“ nicht nur als Sabines ureigenes Produkt auf der Welt da ist.

Alicia und Sabine leiden darunter, daß sie gute Miene machen müssen, ironisch trotzig ihr Leiden wegschieben. Alicia sagt später einmal, daß sie sich innerlich beschimpfe wegen ihres Lächelns, wenn es ihr schlecht gehe und sie sich schrecklich vorkomme deswegen. Sabine zitiert in ihrem Tagebuch die suizidäre *Else Lasker-Schüler*: „doch hörte ich mich schluchzen im Gesang“.

Die offenen Todesvorstellungen werden nachträglich durch Affektwechsel versteckt, aber nicht überwunden. Die Schwierigkeit, diese Träume beim Wort zu nehmen, kommt aber nicht nur durch den Kontext, in dem sie erzählt werden, zustande, durch die falschen Gefühle, die den bedrohlichen Inhalt decken. Zwei Vorstellungen schleichen sich hier verständnis-hemmend ein: Erstens, daß Suizidalität dann gefährlich sei, wenn sie latent, unbewußt sei, und zum Beispiel durch eine Einbuße an Selbstwertgefühl impulsiv ausbreche, nicht aber, wenn wie hier im manifesten Traum

Suizidalität offensichtlich ist; zweitens das Vertrauen der suizidalen Jugendlichen, solche Mitteilungen machen zu können, habe einen spannungsabsorbierenden Effekt. Beides sind Fehlschlüsse.

Wenn also die Suizidalität bewußt oder mindestens vorbewußt ist, so müßte vermutet werden, daß die Suizidalität dazu dient, dahinter liegende Konflikte nicht wahrnehmen zu müssen. Suizid stünde dann weitgehend im Dienst der Abwehr innerer Konflikte. Was könnten dies aber für Konfliktsphären sein, die mit Suizidhandlungen beantwortet werden?

Die Selbstmord vorbereitenden Gedanken sind weitgehend bewußt. Das Umsetzen in Handlung ist naheliegend. So muß zuerst geklärt werden, ob die Behandlung weiterführbar ist, das heißt ob ein Arrangement getroffen werden kann, um das zerstörerische Agieren abzufangen. Dies bedeutet, daß die Suizidalität möglichst angesprochen werden sollte, daß der Therapeut unter Umständen aktiv Stellung beziehen muß, um das Arbeitsbündnis zu schützen. Erst dann gewinnen beide Zeit, um sich an die unbewußten Konflikte heranzuarbeiten. Dies klingt theoretisch wesentlich leichter, als es in der Praxis ist (siehe auch S. 136).

Im Verlauf einer Behandlungsreihe von adoleszenten Jugendlichen hat *Lauffer* (17) festgestellt, daß Suizid begehen für Jugendliche heißt, den Körper zu beseitigen, nicht notwendigerweise den Verstand oder die Seele. Die Ablehnung des eigenen Körpers, der durch die Reifung verändert, erwachsen geworden ist, zeigt sich vor allem bei der Verarbeitung der Masturbationserlebnisse und -phantasien.

Bei Alicia, 15 1/2, evoziert die Menstruation im Schlangentraum die Vorstellung, eine Wunde zu haben, die jeden Monat blutet, ihr weibliches Genitale ist kaputt. Sie empfindet die Aussichtslosigkeit, daß sich das jemals ändern kann und möchte ihr Genitale wegoperieren. Diese erste Mitteilung über die Bedeutung der offenen Wunden, die sie sich beim Aufschneiden ihres Arms selbst zufügt, wird ein Jahr später noch klarer. Sie erzählt, daß sie mit einer Taschenlampe, die ihr ein Onkel väterlicherseits geschenkt hatte, masturbiere. Das heiße, brennende Gefühl kommt von der Taschenlampe, sie befürchtete, sich unwiederbringlich verwundet zu haben, als sie sich beim Masturbieren blutig rieb. Es ist das gleiche Brennen, das ihr im Traum die Schlange zugefügt hatte.

Sich der eigenen Sexualität zu schämen, muß nicht notwendigerweise durch verständnislose Sexualerziehung ausgelöst werden. Holger, 21, träumt, wie ein unsympathischer Typ einen großen Fleck in die Hose macht, die anderen stehen darum herum und gucken ungeniert. Später dann träumt er, wie er nachts im Wald die Waschmaschine bedient und Unterwäsche wäscht. Seine Eltern hatten auf die ersten nächtlichen Pollutionen verständnisvoll reagiert, ihm gesagt, das sei ganz normal, er müsse sich nicht genieren. Dennoch mußte er fast zwanghaft jeweils sein Bettzeug noch in der Nacht waschen, sein Naßwerden verstecken. Wesentlich

später taucht dazu die Erinnerung auf, daß er beim ersten Versuch, an ein Mädchen heranzukommen, sie so fest an sich zu pressen versuchte, daß er Angst bekam, sie zu erdrücken; er empfindet seine im raschen Wachstum gewonnene Stärke und seine Samenergüsse als mörderisch.

Diese schlimmen Masturbationsvorstellungen sind auch nicht davon abhängig, ob Partnerbeziehungen eingegangen werden können oder nicht. Jane, 16 (*Laufer*, 17), ist verzweifelt, daß sie sich nach dem Geschlechtsverkehr mit ihrem Freund Bill noch masturbieren muß, und sie versucht, dies vor ihm zu verstecken. Sie phantasiert, daß sie verfolgt und von einem Mann gefangen wird, der völlig unbeteiligt aussieht, gefühllos ist. Der kann von ihr in Sklavenmanier alles haben und fährt fort, sie sexuell zu erregen. Er ist absolut kontrolliert. Sie unterwirft sich, dann, kurz vor dem Geschlechtsverkehr, bricht die Phantasie abrupt ab. Nach schwierigem analytischen Durcharbeiten berichtet sie von einem Mann, der sie mit einem schlauchförmigen Gegenstand masturbiert hatte, sie war darüber gleichzeitig erfreut und angeekelt und meinte, durch den Freitod über das Erlebnis hinwegkommen zu können.

Die phasenspezifische Aufgabe der Adoleszenz, autoerotische Erfahrungen allmählich über die Phantasien in Geschlechtsbeziehungen einzubringen (*Blos*, 2) wird als hoffnungslos, vernichtend, überwältigend erlebt. Traumatische Masturbationserlebnisse und -erfahrungen werden starr beibehalten und nicht durch erweiterte Sexualerfahrungen in ihrer Bedeutung transformiert. Die tatsächlichen oder vermeintlichen Verletzungen der Genitalien müssen unsichtbar gemacht werden, geheim gehalten sein, verdienen Bestrafung.

Die Phantasie von den zerstörten und zerstörerischen Genitalien erfährt eine Verschiebung zur Vorstellung eines ganzen vernichtenden Körpers. Der mörderische Körper muß in Umkehr wiederum vom Individuum besiegt werden durch Suizid, zum Schutz der anderen und der Selbstachtung. Der Körper wird beseitigt, nicht das „Selbst“ gemordet.

Ein seltsames Schweigen

Nach wenigen Monaten, wenn sich die Beziehung mit dem suizidalen Jugendlichen vertieft, läßt sich ein merkwürdiges Phänomen beobachten. Die suizidalen Jugendlichen verlieren die Fähigkeit, sich verbal mitzuteilen, scheinen dafür vorzuspielen, wie es sein wird, wenn sie tot sind. Sie ziehen sich schweigend zurück.

Nach drei Monaten findet Alicia, 15 1/2, sie habe sich überhaupt nicht verändert und möchte aufhören mit der Therapie.

Alicia beginnt die Stunde, als sei sie bereit zu sprechen, aber stattdessen wird sie ruhig, sobald sie sich hingesetzt hat. Die Versuche der Analytikerin, ihr Schweigen anzusprechen, gehen fehl, sie habe nichts wichtiges zu sagen. Auf die Interpretation der Analytikerin gegen Schluß der Stunde,

sie versuche sich lieber durch ihre Handlungen als durch Worte mit ihr in Beziehung zu setzen, wird es Alicia möglich mitzuteilen, daß sie an ihre Geschichtsstunden gedacht habe, an die Ermordung von Präsident Kennedy, Lincoln und die „Gettysburg Adress“. Sie erinnert sich an ein Gebet, das Land zusammenzuhalten. Die Zeit für die Therapiesitzung ist um, und auf die besorgte Reaktion der Analytikerin vor dem Weggehen sagt sie, sie würde zur nächsten Sitzung nach dem Wochenendunterbruch kommen. Daraufhin erfolgte ein zweiter Suizidversuch, ernsthafter als der erste. Alicia versucht, ihr Handgelenk zu zertrümmern.

Ähnlich verläuft eine Schweigestunde mit Sabine. Nach fünfeinhalb Monaten legt sich Sabine, 23, auf die Couch, sagt: „Ich bin zu“, schließt die Augen und bewegt sich etwa eine halbe Stunde nicht mehr. Die Analytikerin hält es nicht mehr aus, meint, Sabine sei vielleicht eingeschlafen, und steht vom Stuhl auf. Sofort ist Sabine wieder präsent. Sie berichtet, daß sie häufig nichts mehr sehen kann, die Augen kein Blinzeln mehr erlauben, so daß sie nur noch hört. Ohne Hilfe von außen findet sie aus diesem Zustand nicht mehr heraus. Sie beklagt sich, daß sie von je her immer alleine für sich habe sorgen müssen. „Die Freiheit will ich nicht.“ Die Analytikerin versucht mit ihr zu besprechen, daß etwas unternommen werden muß, um sie zu schützen, damit nicht die gleichen alten Fehler, sie allein entscheiden zu lassen, wiederholt werden. Sie wirkt beruhigt, und die Frage einer Hospitalisation wurde zur praktischen Abklärung bis zum nächsten Tag verschoben. Sabine erzählt darauf in der nächsten Stunde von neuen Plänen, die Krise empfindet sie als überwunden, sie fühle sich verstanden. Am Wochenende darauf bringt sie sich um.

Alicia und Sabine demonstrieren, wie sie trotz Gegenwart der anderen allein sind. Sowohl bei Alicia als auch bei Sabine reicht das Besprechen ihres Schweigens nicht aus, um die sich verdichtenden Suizidphantasien zu beherrschen, ein Ausagieren zu verhindern.

Auf der Ebene der Vernunft wird die Besorgnis der Analytikerinnen akzeptiert und zerstreut. Der Versuch, im Rahmen des Arbeitsbündnisses die Gefährlichkeit der Situation miteinander zu besprechen, das heißt Alicia und Sabine an Entscheidungen über Maßnahmen zu deren Schutz teilhaben zu lassen, führt nirgendwo hin. Alicia und Sabine erklären ein Eingreifen für überflüssig, nachdem sie „verstanden“ wurden.

Auf der Ebene der magischen Erwartungen und Gefühle hingegen ist die verbale Anteilnahme der Analytikerinnen viel zu schwach. Alicia beklagt sich hinterher bitter, die Analytikerin habe kein wahres Interesse an ihr, sonst hätte sie sie hospitalisiert. Bei Sabine überwiegt, daß sie es satt hat, wie zuhause ihre Entscheide selbständig treffen zu müssen. Alicia und Sabine verlangen emotional totale Kontrolle, möchten sich völlig an die Analytikerinnen ausliefern, wie kleine Babys versorgt werden. Alicia spricht von sich als „Entlein“, die Analytikerin will sie nur nicht, weil sie

so häßlich ist. Durch die Suizidhandlung wird die Trennung von der Analytikerin eindeutig. Aber in den Forderungen der suizidären Patientinnen war totale Verschmelzung mit den Analytikerinnen verlangt worden. Lösung oder Fusion mit der Beziehungsperson wird so problematisch in Entweder-Oder-Kategorien ausgetragen. Es kommt zu einem angstvollen Patt zwischen den Wünschen nach Trennung und Zusammengehören.

Bei Alicia gibt es neben der Phantasie einer in der Vagina brennenden, angreifenden Schlange, wie sie bei den Träumen gedeutet wurde, die Vorstellung, von einer Boa Constrictor geschluckt zu werden.

Bettina, 32, die einige Jahre suizidal war, schweigt fünfzehn Minuten abgewendet. Als ich frage, wie es ist, so tot auf der Couch zu liegen, sagt sie, sie fühle sich wie eingesponnen. Auf meine Bemerkung, das „eingesponnen“ klinge, wie wenn sie eine Raupe sei, so ein häßliches Viech, erzählt sie erstaunt, daß sie sich so fühle, so unersättlich. Die Gier, die kannibalistischen Phantasien, knüpfen an frühe symbiotische Zustände an.

Die Bezeichnung „Symbiose“ stellt in diesem Zusammenhang eine Metapher dar. Anders als beim biologischen Symbiosekonzept beschreibt sie nicht, was tatsächlich zwischen zwei getrennten Individuen verschiedener Spezies zu beiderseitigem Nutzen vor sich geht. Sie beschreibt jenen Zustand der Undifferenziertheit, der Fusion mit der Mutter, in dem das „Ich“ noch nicht vom „Nicht-Ich“ unterschieden ist und Innen und Außen erst allmählich als verschieden empfunden werden (Mahler, S. 63, 21).

Die frühen symbiotischen Zustände werden zwar gesucht, sind aber gleichzeitig wegen der damit verbundenen Unersättlichkeit tabu. Bei Bettina gelingt es, die von ihr empfundene eigene Scheußlichkeit zu deuten, nachdem das Totstellen erkannt worden ist.

Bei Bert, 24, kommt es in einer solchen Stunde, wo er die Sprache verloren zu haben meint, die Therapie wertlos findet, zu einem Wortgefecht, wo sich die Therapeutin gegen die Zerstörung, die er in der Stunde vorher selbstironisch prophezeit hatte, heftig zur Wehr setzt.

Anders als bei Alicia und Sabine werden die Todesphantasien nicht einfach angenommen, sondern bei Bettina hinterfragt und bei Bert bekämpft. Darauf lassen die Ängste nach, geht die Auseinandersetzung weiter, ohne Ausagieren der Vorstellung einer oralen Wiedergeburt, die Loslösung und Vereinigung zugleich bedeutet, durch Suizid.

Es scheint mir müßig zu spekulieren, ob bei Alicia und Sabine die Persönlichkeitsstörungen größer waren oder die Behandlungen schlechter als bei Bettina und Bert. Auffällig ist, daß der Sog in die Ambivalenz der suizidären Jugendlichen nicht durch Wohlwollen zu bewältigen ist, nicht allein durch Eingehen auf vernünftige Argumente. Der negativen Grandiosität, der Vorstellung der enormen eigenen Häßlichkeit der suizidären Jugendlichen, wenn sie alles verlangen, gilt es zu entgegnen. Nur wenn es gelingt, die übliche Erfahrung, daß niemand etwas merkt, daß nichts ge-

schiebt, zu durchbrechen, ist die Suizidgefahr bis auf weiteres gebannt. Wenn man mit therapeutischer Abstinenz meint, daß die unbewußten Erwartungen der Patienten nicht erfüllt werden sollten, so ist hier ein Agieren, umgekehrt zum Wortsinn, ein Erfüllen der Abstinenzregel. Bei Alicia und Bert, die die Behandlung abbrechen wollen, ist es nötig, die Kontinuität der Behandlung zu verteidigen, ihr Wiederkommen zu ermöglichen.

Zusammenfassung

Bei der Beobachtung von Träumen und schweigender Todesdarstellung der suizidalen Jugendlichen fallen zwei mit Suizid verknüpfte Vorstellungswelten auf.

1. Ängste, durch Masturbation verletzte oder verletzende Genitalien bekommen zu haben, werden abgewehrt im Zwang, den Körper ungeschehen zu machen. Es kommt zu einer Spaltung zwischen Körper- und Selbsterleben, die die eigene „Identität“, für die eine libidinöse Besetzung des Körpers notwendig ist, gefährdet.

2. Archaische, kannibalistische Phantasien sind mächtig, wie zum Beispiel in den Mutterleib gefressen zu werden, sich ineinander zu verschlucken, gierig auszusaugen. In suizidärer Abkapselung werden diese symbiotischen Zustände gleichzeitig herzustellen versucht mit dem Wunsch, kontrolliert und gepflegt zu werden wie ein Säugling, nicht mehr für sich verantwortlich zu sein und andererseits magisch bekämpft durch den einsamen eigenen Entschluß zur Suizidhandlung.

Beim Vergleich dieser beiden Phantasiegruppen fällt auf, daß sie aus ganz verschiedenen Perioden der Entwicklung stammen, einer relativ reifen, adoleszent-genitalen Zeit und einer sehr frühen symbiotischen Phase. Was aber fehlt, sind jedwelche Reminiszenzen an den Verlauf des langwierigen Prozesses zwischen diesen Entwicklungsstufen. Davon ist im nächsten Abschnitt zu berichten.

Zwischen Annäherung und Rückzug. Durcharbeiten der Ambivalenz in der therapeutischen Beziehung

Der wichtige Prozeß zwischen Symbiose und genitaler Reife, in dessen Verlauf sich intrapsychisch ein Gefühl des Getrenntseins von der Mutter und dadurch von der Welt im allgemeinen einstellt, geht wenig in die Phantasieinhalte der suizidalen Jugendlichen ein. Dieses zweite „Geburts-erlebnis“ (Mahler, 21) führt bei normalem Verlauf zum Aufbau klarer intrapsychischer Repräsentanzen des Selbst, im Unterschied zu den Reprä-

sentenzen der Objektwelt (*Jakobson*, 13). Die spezifische Entwicklung und Störung des Prozesses der „Loslösung“ findet bei den suizidalen Jugendlichen im Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen ihren Ausdruck.

Mit den ersten Trennungen im Therapieverlauf, die auf das Konto des Therapeuten gehen, meist Ferien, gerät die Beziehung zu suizidalen Klienten in ein empfindliches Schwanken zwischen Annäherung und Enthüllung einerseits und enttäuschem Rückzug andererseits.

Was gemeint ist mit dem Umschlagen von Sich-Einbringen und Weglaufen in der therapeutischen Beziehung, soll hier am Beispiel von Holger, 21, nachvollziehbar werden.

Nach fast einem halben Jahr Therapie, zum Teil in der Klinik, zum Teil ambulant, kommt es durch die Weihnachtsferien zu einem ersten zweiwöchigen Behandlungsunterbruch. Holger und ich sehen den Ferien ohne Angst entgegen, nachdem es gelungen war, die dem Suizidversuch folgenden Enttäuschungen abzufangen und Holger den Kontakt zu Freunden wieder gefunden hatte. Nach den Ferien ist von dem alten guten Arbeitsbündnis wenig zu spüren. Während der nun folgenden drei Monate wird die Arbeit mit Holger chaotischer. Ich hatte verärgert den Eindruck, völlig den Bezug zu Holger zu verlieren, gab ihm gleichzeitig einen Spitznamen, als wäre er ein kleines Kind von mir. Mit Hilfe eines Wochenrückblicks versuchte ich mir schließlich mehr Klarheit über diesen Behandlungsverlauf zu schaffen:

1. Woche: Holger kommt nicht wie vereinbart aus den Ferien zurück. Nachdem er die erste Stunde verpaßt hat, telefoniert er, er hat inzwischen einen Sprachkurs angefangen, so daß er nicht mehr zur gewohnten Zeit kommen kann. Ich biete neue Zeiten für die Therapiesitzungen an. Holger kommt darauf voller Pläne und erwartet Bewunderung und Nichteinmischung.

2. Woche: Holger sitzt im Wartezimmer, vertieft in Arbeit für einen neuen Job. Es scheint wichtiger, daß ich ihn so sehe als das, was es in der Stunde zu besprechen gibt.

3. Woche: Unerwartet für mich ist Holger in gedrückter Stimmung. Auf die Frage, ob er wegen seiner neu gewonnenen Aktivität Angst bekommen habe, seine Kraft könne mit ihm durchgehen, sagt er, es sei ihm ja schon passiert, andere kaputt zu machen. Er erinnert sich, wie er aus Wut, betrogen worden zu sein, seine ehemalige Freundin im Auto herumgeschmissen habe. Darauf habe sie versucht, unter ein Auto zu rennen, er mußte sie vor einem Suizidversuch retten. Der Zusammenhang zwischen der Suizidalität der Freundin und seinem eigenen Suizidversuch läßt sich, kaum aufgedeckt, nicht mehr besprechen. Holger berichtet von der Aussicht auf eine neue Wohnung.

4. Woche: Wegen des Umzugs in die neue Wohnung fehlt Holger in seinen Therapiestunden, hatte aber nicht abgesagt.

5. Woche: Nachdem Holger eingezogen ist, ein sehr schönes Zimmer hat, fühlt er sich niedergeschlagen, er hat Hemmungen, mit den Wohnungsnachbarn zu sprechen. Er trägt sich mit Gedanken, mit seiner Freundin zu brechen.

6. Woche: Zum ersten Mal in der Behandlung erzählt Holger einen Traum. Es ist der schon erwähnte Traum vom Fleck in der Hose, der die Peinlichkeit seiner Onanieerlebnisse aufdeckt. Der Traum wird aber in der Stunde nicht so interpretiert, sondern mit seiner Stellung bei seinen Freunden, seinen Ängsten, mit ihnen zu wenig zu sprechen, in Beziehung gebracht. In der nächsten Stunde ist er erkältet. Ohne abzusagen bleibt er zuhause, ich schreibe ihm, daß ich eine Woche Skiferien machen werde und ihn nachher in seinen Stunden wieder erwarte.

7. Woche: Ferien.

8. Woche: Holger kommt nicht. Nun suche ich seine neue Adresse bei Verwandten, weil wir vergessen hatten, sie auszutauschen, und rufe besorgt an. Er hatte einfach seine Stunden vergessen, sagt er.

9. Woche: Zunächst berichtet Holger von sich, was in der langen Zeit seit der letzten Stunde vor sich gegangen ist. Fünf Minuten vor Schluß der Stunde erklärt er, daß er die Therapie abbrechen will, daß er daran denkt, zu jemand anderem in Therapie zu gehen. Ich bestehe darauf, daß er weiter kommt und auch der Therapieabbruch mindestens zu besprechen wäre.

10. Woche: Als wäre nichts zwischen uns gewesen, erzählt Holger einen zweiten Traum. Er wird beobachtet, wie er nachts seine Unterwäsche wäscht.

Dann allmählich werden die Stunden wieder kontinuierlich.

Aus dem Zusammenhang wird die Dynamik zwischen Annäherung und Rückzug verständlicher. Es lassen sich folgende Trends feststellen:

Wann immer die Therapeutin gefehlt hat, kommt Holger solange nicht zurück, bis er vermißt wird. Seine Unabhängigkeit von der Therapeutin bedeutet, ihr Wegfahren ignorieren zu können, sie muß nun auf ihn warten.

Nach Phasen großer Aktivität und Erfolge in seiner Umgebung erfährt Holger Stimmungseinbrüche, wird gehemmt. Das er Depression nennt, ist kein Traurigsein, sondern ein zweifelndes, unklares Selbstversinken.

Die Vorstellung vom Beziehungsabbruch zur Freundin oder Therapeutin bringt neue Annäherung und Öffnung in den Träumen mit sich.

Nach wichtigen Mitteilungen durch Phantasien oder Träume kann er, aus was für immer vorliegenden Gründen, das nächste Mal nicht kommen, es ist, wie wenn das Wegbleiben hilft, die Selbstentdeckungen wieder zu vergessen.

Obwohl die Therapeutin immer wieder das Gefühl hat, mit Holger nicht weiterzukommen, beharrt sie auf der Fortsetzung der Therapie.

Die wechselvolle Beziehung zwischen Holger und der Therapeutin hat große Ähnlichkeit zur Qualität der frühkindlichen Beziehung zwischen Mutter und Kind in der Zeit, in der das Kind laufen lernt und sich allmählich seiner Getrenntheit von der Mutter bewußt wird. *Mahlers* Beobachtung der späten Übungs- und frühen Wiederannäherungsphase in der Entwicklung zwischen dem 12. bis 18. Lebensmonat sind hier besonders interessant.

Das Kind freut sich seiner neu erworbenen Fähigkeit, aufrecht gehen zu können. Es ist relativ unempfindlich gegen Hinfallen und andere Frustrationen, ganz darauf konzentriert, die Umwelt zu erforschen. Es läuft der Mutter fort, bis sie ihm hinterherrennt und es in ihren Armen wieder auffängt. Die Mutter wird relativ wenig beachtet, gerade zum Auftanken aufgesucht, wenn es müde ist. Die Besetzung der Körperbeherrschung und des autonomen Apparates hat also Vorrang vor den Beziehungen. Dies schließt ein, daß das Kind den Geschlechtsunterschied entdeckt und wertet. Auf diese beginnende Selbständigkeit folgt um den 15. Monat eine erstaunliche Veränderung. Während das Kind nun unabhängiger ist, beharrt es dennoch stärker darauf, daß die Mutter an jedem Aspekt seines Daseins Anteil nehme. Es nähert sich der Mutter wieder an. Es entsteht eine Ambitendenz zwischen stärkerer Loslösung des Kindes bei gleichzeitiger Anspruchshaltung gegenüber der Mutter. Die Frustrationstoleranz wird kleiner, das Kind weint hilfloser, wenn ihm etwas zu- stößt. Es kommt zu ersten Wutausbrüchen, wenn etwas, was es haben will, nicht verfügbar ist, wenn es etwas tun will, was es noch nicht beherrscht. Trennungen werden mit gesteigerter Aktivität und Ruhelosigkeit beantwortet. Früher hatte es mit einem deutlichen Stimmungsabfall reagiert, später wird es traurig sein, hier nimmt es die Trennung nicht wahr.

Als Holger die Notfallsituation des mißlungenen Suizidversuchs überwunden hat, lernt er, im übertragenen Sinn, neu laufen. Es kommt zum übenden Wiedererwerb der Selbständigkeit, der Fähigkeit sozial zu interagieren, unabhängiger von der Therapeutin. Holger hat eigene Pläne und realisiert seine Projekte, ohne die Therapeutin miteinzubeziehen. Auf die Trennung in den Ferien reagiert er mit gesteigerter Aktivität. Die Therapeutin muß auf ihn warten und ihn bewundern. Sobald er seine Eigenständigkeit wahrnimmt, gerät er aber plötzlich in Angst, dadurch den Kontakt zu den Wohnkollegen, zur Freundin, zur Therapeutin zu stoppen und öffnet sich intensiv. Wutanfälle werden zum ersten Mal erwähnt. Das Nichtbeherrschen der Freundin oder Therapeutin macht ihn aggressiv. In den Träumen findet eine Entwicklung vom „Einnässen“ zum „Selberwaschen“ statt, die Körperfunktionen werden beherrscht, der Penis ist wichtig.

In der Beziehung zwischen Holger und mir ist die Ambivalenz zwischen Distanzierung und Annäherung mit Weglaufen und Einfangen, Anziehen und Wegstoßen agiert. Es scheint also, als hätte sich mit Holger so etwas wie der Übergang von der Übungsphase zur Wiederannäherungskrise der Kleinkinderzeit zu Anfang des zweiten Lebensjahres abgespielt.

Mahler (21) weist darauf hin, daß auch ganz normale Mütter normaler Kinder mit Mißverständnissen und Unvereinbarkeiten reagieren. Wenn es der Mutter und dem Kind schwerwiegend nicht gelingt, die kontrastierenden Verhaltensweisen zwischen Autonomie und Abhängigkeit zuzulassen, bleibt dieser Ambivalenzkonflikt ungelöst bestehen, wird aber stattdessen durch ständiges Weglaufen von der Mutter, ständiges Beschatten der Mutter oder übermäßiges Werben um die Mutter, das mit äußerstem Negativismus wechselt, fixierend weiteragiert.

Die bei den Suizidalen beschriebene immense Ambivalenz dürfte von hier entwicklungspsychologisch zu verstehen sein.

Dabei ist das Agieren des Weglaufens, das ja vielfach in der Kinderzeit als Suizidäquivalent gedeutet wird, die wichtigste Äußerungsform der suizidären Ambivalenz.

Bei Holger ist das Hauptproblem in dieser Therapiephase, überhaupt zusammenzukommen. Dabei beantworte ich das Fehlen damit, ihn wieder in die Therapie zurückzuholen. Für Deutungen, die das Vergessen der Stunden als Fehlleistungen behandeln würden, im Sinn des Widerstandes, bleibt in den spannenden Stunden zum Glück keine Zeit, sie wären auch völlig falsch. Mein Reagieren ist direkt, teils verführend, teils drohend bringe ich ihn wieder in die Stunden. Dieses aktive Vorgehen berichte ich, während ich selbst noch nicht sicher bin, Kollegen und erhalte prompt Kritik, nicht genügend abwartend, analytisch zu sein. Vermutlich wäre durch Zurückhaltung die Therapie von Holger einfach abgebrochen. Das Erhalten der Beziehung und Durcharbeiten der Ambivalenz ermöglicht es Holger überhaupt, seine alten Erfahrungen, daß der Kontakt unter seiner ambivalenten Spannung zerreißt, durch die neue Therapieerfahrung, wo das nicht so ist, neu zu gewichten. Holger erinnert sich, daß er, als er klein war, schrie, aber dann doch die gefürchtete Kellertreppe hinunterfiel und sich schon verletzt hatte, bis endlich die Mutter kam. Ich vermute, daß die Mutter, zu der er gut steht, eine gewisse Ähnlichkeit hat zur Mutter von J., die Mahler (21) beschreibt. In der engen Verbundenheit der symbiotischen Phase hatte sich J.'s Mutter wohlgefühlt, aber nun reagierte sie mit Rückzug, da sie die Unabhängigkeit des Kindes nicht beeinträchtigen wollte. Sie konnte den Kontakt zum Kind nicht halten. Obgleich die Mutter das Kind beobachtete, fühlte sich J., und war es auch, von ihr verlassen, er brachte sich immer wieder in gefährliche Situationen, neigte dazu, sich zu verletzen. Erst wenn er einmal hingefallen war und schrie, wenn das Unglück schon da war, fühlte seine Mutter sich befugt, ihm zu helfen.

Das Weglaufen ist nötig, damit die Mutter, die das Kind überschätzt, endlich emotional zur Verfügung steht.

Das Weglaufen muß in der Therapie nicht unbedingt immer der Klient agieren. Der Drang fortzulaufen überkommt mich etwa in Sabines Schweigestunde. Ihre Beobachtung auch noch meines kleinsten Rutschens auf dem Sessel wird unerträglich, und ich stehe auf. Ihre Annäherung wird unerträglich. Dies entspricht dem Fall, wo das Kind die Mutter „beschattet“ und die Mutter das Kind an ihrem Rockzipfel nicht aushält und wegläuft.

Diese Art der Festschreibung des Ambivalenzkonflikts kann sich in der Therapie viel subtiler äußern. Lange Zeit versicherte mir ein Patient immer wieder, daß er die Behandlung schätze, ich konnte ihn überhaupt nicht enttäuschen. Trotz dieser ständigen, freundlichen Zuwendung hatte ich den Eindruck, daß etwas nicht stimme, die Behandlung stagnierte. Ich dachte, daß er mich zu sehr an eigene familiäre Probleme erinnere, und immer wieder besprach ich den Fall vorsichtig mit verschiedensten Kollegen. Erst nach fast zwei Jahren fiel einem Kollegen, der mich sehr gut kennt, auf, daß ich noch nie einen Fall so viel kontrolliert hatte wie diesen. Ich war aus der unendlich beanspruchenden Nähe des Patienten davongelaufen, hatte ihn den anderen Kollegen vorgelegt, mich so befreit. Nun beschloß ich für mich, jeder Versuchung zu widerstehen, nochmals außerhalb der Stunden über diesen Patienten zu sprechen, und schubweise entwickelte sich endlich die analytische Behandlung, wurde die Beziehung elastischer.

Wenn es gelingt, das Agieren des Weglaufens in der Therapie mit suizidalen Klienten durchzustehen, ist eine wichtige Hürde genommen. Nun ist aber auf ein einmaliges Bearbeiten dieser Tendenz kein Verlaß. Vor allem bei zwei Gelegenheiten tauchen die Ambivalenzkonflikte erneut auf: beim Eintreffen magischer Daten und beim Realisieren von Therapieerfolg.

Magische Daten

Mit magischen Daten sind Termine gemeint, die symbolisch mit der Suizidhandlung verknüpft sind.

Kurze Zeit nach einem mißglückten Suizidversuch ist das Thema Selbstmord wie tabuisiert. Jede Anspielung wird von Betroffenen schnell übergangen, Fragen werden geschickt fallen gelassen, die Erinnerung an die Suizidalität scheint gelöscht. Im Lauf des ersten Jahres aber tauchen die alten Konflikte und Krisenstimmungen wie unter Zwang wieder auf. Das Wiederaufleben der selbstzerstörerischen Tendenzen ist dabei nicht nur an feststellbare äußere Frustrationen geknüpft, sondern auch an die im Jahresrhythmus wiederkehrenden persönlich bedeutungsvollen Daten.

Dies können Gedenktage eines Verlusterlebnisses wie Todestage von Angehörigen sein. Beschämende Ereignisse, wie der Tag einer Bankrott-erklärung, einer Entlassung, werden wieder als Markierungspunkt präsent. Es kann sich um als verloren empfundene frühere glückliche Zeiten, wie Verlobungs- oder Hochzeitstag mit einem Partner, der für den Betroffenen nicht mehr da ist, handeln. Manchmal sind auch sich selbst gegenüber abgeschlossene, noch offenstehende Schwüre und Versprechungen an einen besonderen Termin gebunden. Nicht zuletzt spielt dieser rhythmisch agierte Bezug zur eigenen Lebensgeschichte eine Rolle bei der Annäherung an den Zeitpunkt einer vorhergehenden Selbstmordhandlung. Häufig läßt sich so etwas wie ein „Geburtstag“ des Suizidversuchs beobachten.

Nach fast einem Jahr Therapie, zwei Wochen vor dem Zeitpunkt des alten Suizidversuchs, beginnt es bei Holger, 22, zu kriseln. Er gibt die zunächst erfolgreich begonnene berufliche Umschulung auf, ist mit seiner Berufslaufbahn so unsicher wie vor seiner Behandlung. Die Beziehung zu seiner in diesem Jahr gewonnenen Freundin wird kritisch. In den Stunden wendet er sich erotisiert an mich, phantasiert, daß ich ihn auf der Couch mißbrauchen möchte. Diese Pseudoliebschaft mit der Therapeutin verdeckt, daß ihn seine Freundin unterdessen mit einem anderen Mann verläßt. Als er endlich wahrnimmt, daß die Freundin verloren ist, kommt er nicht mehr in die Therapie. Holgers Lage ist der Situation vor dem Suizidversuch vor einem Jahr verzweifelt ähnlich. Ich beginne Holger zu suchen und erreiche ihn. Während ich auf ihn wartete, hatte er sich ganz isoliert. Mein Alleinsein in seinen Stunden und das Warten spiegelte seine Gefühle von Verlassensein. Wir vereinbaren für die nächsten Tage tägliche Therapiesitzungen, Holger kehrt in seine Wohnung, wo er Kollegen hat, die ihn beobachten können, zurück. Mit Holger läßt sich dadurch eine Rehospitalisierung umgehen. Nach etwa zwei bis drei Wochen ist für Holger die intensive Behandlung nicht mehr nötig. Das Durchstehen der Therapie trotz Versagen mit Beruf und Freundin, das Nichtwiederholen des Suizidversuchs, wird für Holger zum Ausgangspunkt eines bald einsetzenden Entwicklungsschubs.

Das Wiederholen von suizidalem Agieren kann, aber muß nicht an äußere Kriterien gebunden sein. Die Hypothese der magischen Daten erklärt empirische Befunde, wo festgestellt wurde, daß die Wiederholungsfahrer einer Suizidhandlung im ersten Monat nachher gering ist, jedoch im weiteren Ablauf des ersten Jahres nach der mißglückten Suizidhandlung am größten ist (z.B. *Schneider*, 27). Für die Therapie geht es darum, solche Daten überhaupt zu eruieren und aus dem symbolischen Kontext zu lösen. Für Holger reichte bei diesem Rückfall der Schutz durch vermehrten Therapiekontakt aus; für andere Patienten ist damit kein Patentrezept gegeben. Wichtig ist, primär gemeinsam in der Therapie zu über-

leben, damit die Magie des vermeintlichen Todestages gelöscht werden kann. Bei Holger wurde die Ambivalenz der Wiederannäherung nochmals ausagiert. Erstaunlicherweise war dieser Konflikt zwar heftiger als je im ganzen Verlauf der Therapie, dafür aber kürzer, mit rasch folgender, gelungener Loslösung. Das Problem für den Therapeuten ist hier, sich nicht wie der Patient vom Versagen ins Bockshorn jagen zu lassen.

Negative Folgen des Fortschritts in der Therapie

Es ist bekannt, daß nach einer überwundenen Depression, wenn sich die Leistungsfähigkeit wieder einstellt, die Suizidgefahr steigt. Dies wird meist einfach den wiedererwachenden Konflikten und Kräften zugeschrieben. In den Therapien erweist sich dieser Zusammenhang von wiedergewonnener Lebendigkeit und negativer therapeutischer Reaktion als komplexer.

Sabine, 23, geht es nach vier Monaten Analyse merklich besser. Sie kann wieder arbeiten, sie ist aktiv im Freundeskreis, sie gefällt sich beim Flirten mit verschiedenen Männern. Eingestreut in ihre Erfolgsberichte wird knapp erwähnt, daß sie den Zwang fühlt, sich einen Revolver verschaffen zu müssen. Als ich alarmiert reagiere, beginnt sie mir zu schmeicheln. Sabine gibt sich wieder stark, sie erklärt, wie sehr sie mir vertraue, daß sie ihre Suizidabsichten aufgegeben habe. Ihr Freund schreibt später: sie war so lieb, zärtlich und glücklich, wie ich sie noch nie erlebt habe, . . . hat sich auf jede Analysestunde gefreut. Schließlich beginnt sie mich auch beruflich zu imitieren. Als mein Mißtrauen verschwindet, holt Sabine den Revolver und erschießt sich. Mit dem Suizid verkehrt sich der idealisierte Therapieerfolg ins Gegenteil, und wütende Trauer bleibt zurück.

Die Dynamik von Sabines Suizid läßt sich nicht mit Sicherheit aufdecken. Die Idealisierung der Analyse dürfte aber nicht nur Vorwand gewesen sein, um den seit Jahren durchdachten Suizid ungestört begehen zu können. Nachdem die Therapeutin so mächtig geworden ist, Sabine nach wenigen Wochen aus zweijähriger Lethargie herauszuholen, wird die Abhängigkeit von ihr bedrohlich. Sabines Phantasie, die Stärkste in ihrer Familie gewesen zu sein, der bewunderten, gehaßten älteren Schwester und der Mutter überlegen, wird fragwürdig. Nun läßt sie sich einfach psychisch behandeln, helfen, wie die anderen weiblichen Familienmitglieder vor ihr. Mit ihrem perfekten Suizid gewinnt sie an negativer Größe zurück und kann sich den Gefühlen der Eifersucht und der Angst vor der Rache der anderen Frauen entziehen.

Was Sabines Behandlung für die Therapeutin so schwierig gemacht hat war, mit der süßen, entgegenkommenden Bewunderung umgehen zu können. Die Ambivalenz, die im Umgang mit jungen Menschen so wichtig ist,

hebt sich im Alles oder Nichts auf. Die Verehrung ist besonders schwer zurückzuweisen, aber eben auch so gefährlich.

Bei Alicia, 17, steht im Verhalten das Entwerten der Therapeutin im Vordergrund. Gegen Ende der erfolgreichen Behandlung, nachdem so viele Krisen ausgestanden sind, droht Alicia wieder mit Suizid. Anlaß für diese Drohungen ist das Gewährwerden Alicias, daß die Therapeutin schwanger ist. Die heftige Eifersucht auf die Therapeutin und das Baby kann sie nicht ertragen. Sie quält die Therapeutin damit, daß sie durch Selbstmord deren guten Ruf zerstören könne. Alicias Wut auf die Analytikerin in dem Moment, wo sie spürt, daß das Baby bald volle Zuwendung bekommen wird, kommt von ihrer Hilflosigkeit, ist Wunsch, die Therapeutin für sich allein zu unterwerfen, und ist zugleich Schutz vor dem phantasierten Gegenangriff der Therapeutin. Im weiteren Behandlungsabschluß wird Alicias Eifersucht und Sadismus im Umgang mit der Analytikerin noch klarer verständlich. Züge der als sadistisch introjezierten Elternimages, die sich im Beischlaf vereinigen, sowie Alicias Eifersucht und Neid auf die Eltern werden in ihren Erinnerungen sichtbar. Die Ablehnung Alicias, ihre undankbar wirkende Art, ist hier für die Therapeutin leichter zu handhaben als Sabines Überwertung.

Sowohl Sabine als auch Alicia sind in ihrem Ambivalenzkonflikt fixiert. Bei Sabine wird die vorherrschende Bewunderung durch plötzlichen Negativismus gebrochen. Bei Alicia kippt der überwiegende Negativismus in den Glauben an die verherrlichte Allmacht der anderen. Dieses Konfliktlösungsmuster macht besonders anfällig für das Zerstörenmüssen des Therapiefortschritts. Mit dem Wahrnehmen der zunehmenden Besserung bei der Arbeit mit dem Therapeuten überkommt solche suizidalen Jugendliche heftiger Neid, daß der Therapeut dies zuwege gebracht hat; er ist so mächtig. Der Wert der eigenen Person fällt demgegenüber zusammen. Um sich gegenseitig annähern zu können, muß der Therapeut angegriffen, entwertet werden, selbst auf Kosten des eigenen Wohlergehens. Die mit der Suizidalität verknüpfte Eifersuchts- und Neidproblematik knüpft an alte Phantasien sadistischer Eltern- und Geschwisterbeziehungen an.

Das Ende der Therapie

Bei Jugendlichen ist das Ende der Behandlung nicht nur ein wichtiges technisches Element, sondern Trennung und Ablösung sind die zentralen Aufgaben der Adoleszenz (vergl. *Novick*, S. 412, 24). Es geht in der Therapie darum, gerade diesen Entwicklungsschritt zum Bestehen als Erwachsener zu ermöglichen.

Holger, 22, hat seine selbstzerstörerischen Tendenzen, wie im Abschnitt über die magischen Daten beschrieben, noch einmal durchlebt. In der Übertragungsentwicklung war es zu dem tiefen emotionalen Aufruhr gekommen, der nach *Morgenthaler* (23) allein die neurotischen Fixierungen zu lockern vermag. Holger verändert sich nun relativ schnell. Erstes Anzeichen dafür, daß er sich befreit, ist ein Zeremoniell vor den Stunden. Anders als zu Beginn der Behandlung kommt er nun regelmäßig und pünktlich. Sobald ich ihn aber im Wartezimmer abholen will, ist er noch nicht bereit, es vergehen 5–10 Minuten, die er noch auf der Toilette zubringt, bis wir anfangen können. Ich deute seinen Rückzug auf die Toilette zunächst nicht, freue mich vielmehr, daß er seine Autonomiebedürfnisse, wenn auch unbeholfen, so doch nicht mehr zerstörerisch zeigen kann. Er selbst bestimmt über seine Funktionen, darüber, wann er bereit ist zu kommen. In analytischer Terminologie ausgedrückt, hat Holger von einer anal-sadomasochistischen zu einer anal-phallischen Position gefunden. Holger versöhnt sich mit seinem Körper.

Holgers Fortschritt läßt ein wichtiges Element der Suizidalität ins Blickfeld rücken, das bisher mit der Ambivalenz der Suizidäre nur teilweise besprochen ist, die anale Problematik. Die Zwangshaftigkeit der Suizidäre verrät sich nicht nur in der Unablässigkeit, mit der der Körper attackiert wird, sondern auch in den Charakterhaltungen.

Die Hartnäckigkeit, Unbeugsamkeit, moralische Überlegenheit der Suizidäre entspricht der passiven Art der Aggression, wie sie zum Beispiel *Fenichel* (8) für die Zwangsneurotiker als typisch beschrieben hat. Hierher gehören auch die vielen offenen oder unterschwelligen Machtkämpfe, die die Behandlung so zäh und ermüdend machen. Diese Eigensinnigkeit, die vielfach noch magisch überhöht ist mit Stolz, allein die Welt richtig zu durchschauen, wird als Reaktionsbildung verständlich gegen die dahinter schwelenden Ängste, in Fallen gelockt, mißbraucht, um Anerkennung betrogen zu werden. Weil diese Charakterhaltungen und Ängste als wenig störend empfunden werden und gesellschaftlich abgestützt sind, ist ihnen so viel schwerer beizukommen als den beschriebenen Phantasien symbiotisch-kannibalistischer oder phallisch-masturbatorischer Art.

Erst wenn sich durch das Durcharbeiten der extremen Ambivalenz bei den suizidalen Jugendlichen eine Lockerung im Umgang mit den Autonomiebedürfnissen analer Herkunft einstellt, läßt sich das Gelingen der Therapie spüren. Alle Einsichten bleiben fruchtlos, bis nicht das Agieren eine neue Qualität bekommt.

Die Lockerung der Zwänge muß sich nicht unbedingt mit so auffälligen Symbolhandlungen wie bei Holger ankündigen. Alicias, 18, Veränderung wird spürbar, als sie zum ersten Mal nach 3 Jahren die nunmehr schwangere Therapeutin als Mensch wahrnimmt. Statt sich nur streitend in Beziehung zu setzen, kann sie nun fragen, wie es der Therapeutin zumute ist, ob sie nicht müde sei und sich hinsetzen wolle.

Mit der Erweiterung der Handlungsmöglichkeiten leitet sich das Abschließen der Therapie ein. Nun wäre es aber verfehlt anzunehmen, daß mit dem Ende der Therapie organisch die Trennung bearbeitet werden könnte. Die Analytiker erwarten, daß nun endlich die Todesphantasien gedeutet werden können, daß Trauerarbeit geleistet werden soll. Die Jugendlichen tendieren aber dahin, nun selbst zu bestimmen, wann sie aufhören. Was für den Therapeuten wie ein vorzeitiger Abbruch aussieht, bedeutet für die Jugendlichen, daß sie sich selbst lösen können.

Holgers Behandlung ist keine vollständige Analyse, seine Sexualproblematik, seine Todesphantasien, seine Übertragung sind nicht voll aufgeklärt. Die Trauerarbeit am Schluß der Beziehung bleibt rudimentär. Was zählt, ist aber, daß die Trennung nicht nur Verlust bringt, sondern Neuem Platz macht. Holger muß nicht mehr einfach machen, sondern er kann handeln. Seine konfliktfreie Sphäre ist erweitert, einige Fixierungen sind gelöst. Ihm bleibt überlassen, seinen Weg weiter zu gehen. Der Erfolg dieser Behandlung läßt sich mit *Ekstein* (7) so beschreiben: „Die erfolgreiche Analyse setzt Kräfte im Patienten in Bewegung, die es ihm ermöglichen, sich auf eine neue Lebensphase hin zu bewegen mit neuen kreativen Fähigkeiten, mit einer neu erworbenen Spontaneität, von der wir hoffen, daß sie es ihm erleichtert, mit den Lebensaufgaben fertig zu werden“ (S. 68).

Alicia meint, daß sie von der Therapeutin weggehen müsse, so wie man auch einmal von den Eltern loskommen muß. Alicia reduziert ihre Therapiestunden und bestimmt dann, ohne die Therapeutin zu fragen, ihre letzte Stunde. Die Stunde vor dem Schwangerschaftsurlaub der Therapeutin wird adäquat und konsequent als Schlußstunde benutzt.

Bei Holger bereitet sich das Ende der Therapie durch wichtige selbstbestimmte Veränderungen von Holgers Lebenssituation vor. Holger wagt mit seinem Vater eine Aussprache und bittet ihn, weniger nachgiebig zu sein, ihm weniger Geld zu geben. Es vergehen nur einige Tage und Holger findet zum ersten Mal nach Schulabschluß vor 3 Jahren eine Arbeitsstelle, wo es ihm gefällt. Er meldet sich für eine körperorientierte Gruppentherapie an. Zunächst begründet er die Konkurrenztherapie damit, daß seine Behandlung nicht gut sei und er weg müsse. Als ich darauf gelassen bleibe und beide Therapien nebeneinander erträglich finde, zeigt sich, daß die Gruppe seinem wichtigen Bedürfnis nach Auseinandersetzung mit Gleichaltrigen entspricht, er dort eine Freundin trifft.

Holger bietet mir daraufhin an, die Behandlung zu unterbrechen und ein halbes Jahr später wiederzukommen. Noch immer hat er das Gefühl, weglaufen zu müssen und doch verpflichtet zu sein. Ich schlage daraufhin einen Abschlußtermin vor, um eine Trennung erlebbar zu machen. Ich sage ihm, daß er zwar im Herbst bei Bedarf oder auch um sich zu zeigen wiederkommen könne, aber nicht mit dem jetzigen Behandlungsmodus. Entgegen meiner bisherigen Haltung möchte ich Holger nun gehen lassen,

nachdem er für sich selbst zu sorgen begonnen hat. Ich halte mich an die Maxime von *Buxbaum* (5): „Ein Kind kann nicht unabhängig werden, wenn die Mutter verlangt, daß es etwas für sich tun soll und es weiterhin mit dem Löffel füttert. Entsprechend kann der Patient nicht aus der Analyse weggehen, wenn der Analytiker ihn zurückhält“ (S. 186). Die Abmachung ist einhaltbar, wir trennen uns nach 18 Monaten. Holger meldet sich nicht mehr. Zwei Jahre später sehe ich ihn von weitem auf einem Fest.

Literatur

- (1) *Blanck, G., R. Blanck*: Ego Psychology: Theory and Practice. Columbia University Press, New York/London 1974
- (2) *Blos, P.*: On Adolescence, A Psychoanalytic Interpretation. The Free Press of Glencoe Inc., New York 1962
- (3) *Braun, C.*: Selbstmord. Goldmann, München 1971
- (4) *Bruhn, P.*: Broken Homes among Attempted Suicides and Psychiatric Outpatients: A Comparative Study. J. Ment. Sci. 108 (1962) 772
- (5) *Buxbaum, E.*: Symposium on Criteria for the Termination of Psychoanalytic Treatment. Int. J. Psychoanalysis XXXI, 1950
- (6) *Duehrssen, A.*: Zum Problem des Selbstmordes bei jungen Mädchen. Verlag für Medizin, Psychol., Göttingen 1967
- (7) *Ekstein, R.*: Working through and Termination of Analysis. J. Am. Psychoanal. Ass. XIII, No. 1, 1965
- (8) *Fenichel, O.*: The Psychoanalytic Theory of Neurosis. Routledge & Kegan Ltd., London 1946
- (9) *Freud, S.*: Trauer und Melancholie, Ges. Werke X, 427–446. Imago, London 1946
- (10) *Greer, S., M.B. Gunn, K.M. Koller*: Aetiological Factors in attempted Suicide. Br. Med. J. 2 (1966) 1352–1355
- (11) *Heimann, P.*: Countertransference. Br. J. Med. Psychol. 33, 9–27. Deutsch: Bemerkungen zur Gegenübertragung. Psyche 18, 483–493
- (12) *Henseler, H.*: Narzißtische Krisen, Zur Psychodynamik des Selbstmordes. rororo, Hamburg 1974
- (13) *Jakobson, E.*: (1964) Das Selbst und die Welt der Objekte. Suhrkamp, Frankfurt 1973
- (14) *Kernberg, O.*: (1975) Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Suhrkamp, Frankfurt 1978
- (15) *Kernberg, P.*: The Analysis of a 15 1/2 year-old girl with suicidal Tendencies. In: *M. Harley* (ed.), The Analyst and the Adolescent at Work. New York Times Book Co., New York 1974, p. 232–268
- (16) *Kohut, H.*: (1971) Narzißmus – Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen. Suhrkamp, Frankfurt 1973
- (17) *Lauffer, M.*: The Analysis of an Adolescent at Risk with Comments on the Relation between Psychopathology and Technique. In: *M. Harley* (ed.), The Analyst and the Adolescent at Work. New York Times Book Co., New York 1974, p. 269–297
- (18) *Leonard, C.*: Understanding and Preventing Suicide. Charles C. Thomas Publish., New York 1967
- (19) *Litman, R.E.*: Psychotherapist's Orientation toward Suicide. In: *H. Resnik* (ed.), Suicidal Behaviors. Little, Brown and Co., Boston 1968, p. 27, 357

- (20) *Mahler, M.*: (1971) Die Bedeutung des Loslösungs- und Individuationsprozesses für die Beurteilung von Borderline-Phänomenen. *Psyche* 29 (1975) 1078–1095
s.a. *Deutsch, H.*: (1934) Über einen Typus der Pseudoaffektivität. *Int. Z. Psychoanal.* 20, 323–335
- (21) *Mahler, M., F. Pine, A. Bergmann*: (1975) Die psychische Geburt des Menschen, Symbiose und Individuation. Fischer, Frankfurt 1978
- (22) *Miller, A.*: Depression und Grandiosität, als wesensverwandte Formen narzißtischer Störung. *Psyche* 33 (1979) 132–156
- (23) *Morgenthaler, F.*: Technik, zur Dialektik der psychoanalytischen Praxis. Syndikat, Frankfurt 1978
- (24) *Novick, J.*: Termination of Treatment in Adolescence. *Psa. Study of the Child XXXI* (1976) 389–413
- (25) *Racker, H.*: Übertragung und Gegenübertragung, Studien zur psychoanalytischen Technik. Reinhardt, München/Basel 1978
- (26) *Schmid, S.*: Freiheit heilt, Bericht über die demokratische Psychiatrie in Italien. Wagenbachs Taschenbücherei, Berlin 1978
- (27) *Schneider, P.B.*: Risque suicidaires et prise en charge des suicidants. *Sozial- und Präventivmedizin* 24 (Febr. 1979) 12–20
- (28) *Winnicott, D.*: (1965) Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Kindler, München 1974

5. Soziale Fragen aus der Konfrontation mit suizidalen Jugendlichen

Das folgende Kapitel interpretiert die Ergebnisse aus der individualpsychologischen Begegnung mit den suizidalen Jugendlichen im gesellschaftlichen Zusammenhang und zeigt sozialpolitische Perspektiven auf.

Das sukzessive Ansteigen der Suizidrate bei Jugendlichen seit den Anfängen der sechziger Jahre trifft mit zwei sozialen Veränderungen zusammen, die grundlegend auf die Identitätsbildung junger Menschen einwirken.

1. Trotz erheblicher Bildungsanstrengungen hat sich die Wettbewerbs- und Arbeitsmarktlage für Jugendliche verschlechtert.

2. Die Verfügbarkeit der Pille hat eine Annäherung der männlichen und weiblichen Verhaltensschemata im vorehelichen Sexualverkehr mit sich gebracht.

Solche Umwälzungen ökonomischer und normativer Art in einer so kurzen Zeitspanne belasten die einzelnen Jugendlichen und zwingen zu einer neuen psychischen Anpassung.

Aus der Konfrontation mit den suizidalen Jugendlichen im psychodiagnostischen oder therapeutischen „setting“ ließ sich erfahren, daß die suizidalen Jugendlichen diesen Umbruch mit psychischer Spaltung verarbeiten, um so inneres und äußeres Chaos zu bewältigen.

Äußerste Bereitschaft zu gesellschaftlicher Konformität und Einordnung steht unverbunden neben Isolierung von der Gesellschaft im Gefühls- und Phantasieerleben. Allein der Suizid wird als Ausweg zur Lösung dieser Antinomie gesehen.

Die Schulsituation

Zur gesellschaftspolitischen Antwort auf die Frage, warum immer mehr Jugendliche solche Spaltungsmechanismen benutzen, bietet sich zunächst ein Untersuchen der Schulsituation an. Der Schule kommt es zu, die sozialen Normen bei den Kindern und Jugendlichen zu verstärken und durchzusetzen. Dem Schulstreß wird zudem in erster Linie die Schuld am Freitod junger Menschen gegeben.

Die Behauptung, daß die Kinder und Jugendlichen heute einer inhumanen Schule als früher ausgesetzt seien, läßt sich aber nicht so ohne weiteres beweisen.

Vergleicht man etwa die Schule des 18. und 20. Jahrhunderts miteinander, so ist die Schule keineswegs einfach bösartiger und zerstörerischer geworden. Vielmehr hat sich die Art des Drucks auf die jungen Menschen verändert.

Im 18. Jahrhundert wurden die Kinder aller Stände mit drakonischer Strenge behandelt. Autoritäre Strukturen sollten verinnerlicht werden. In der Praxis bedeutete das eine unreflektierte, von der Laune des Schulmeisters abhängige Erziehung mit viel Prügeln und wenig Freizeit. Wie brutal es in der Schule zuging, bezeugt z.B. die folgende Rechnung eines schwäbischen Rektors über die ausgeteilten Strafen während seiner Dienstzeit: „911 527 Stockschläge, 124 010 Rutenhiebe, 20 989 Klapse und Pfötschen mit dem Lineal, 136 715 Handschmisse, 10 235 Mauschellen, 7 905 Ohrfeigen, 1 115 800 Kopfnüsse“ usw. (5).

Im ganzen war es deshalb eine Wohltat, als sich der Staat im 19. Jahrhundert der Schulen annahm und allzu große Willkür durch Überwachung der Lehrer verschwand. Altersjahrgänge wurden eingeführt und Prüfungen zum Aufsteigen in die nächsthöhere Klasse sorgten für Disziplin. Lehrer und Kinder bekamen Ferien. Noch heute ist unsere Schule ganz in diesen Strukturen verhaftet, während sich Sprache und Stil der Schule geändert haben. Mit der fortschreitenden Entwicklung seit dem 18. Jahrhundert verzichtet die Schule immer mehr auf körperliche Gewalt gegen die Kinder und Jugendlichen. An die Stelle der offenen Aggressionen tritt Einschüchterung durch beständigen, gleichmäßigen Druck auf das Leben der Lehrer und Schulpflichtigen. Es besteht permanenter Zwang zum Leistungsnachweis. Als Sanktionsmittel dienen sogenannte „positive Maßnahmen“. Das sind vom Bestraften als gerecht empfindbare Maßnahmen, die doch „merklich unangenehme Wirkung“ haben (6). Gemeint sind Beschämungen durch Isolieren oder Lächerlichmachen des Störenfrieds, Wiederholungsarbeiten, Wiedergutmachen mit Gefälligkeiten erweisen und vor allem Mitteilung an die Eltern.

An der Änderung der Strafpraxis wird besonders deutlich, daß die Schule immer mehr zur Unterdrückung der Affekte erzieht.

Während für das Kind des 18. Jahrhunderts noch klar war, daß es für den Lehrer böse war und deshalb der Lehrer böse ist und beide aufeinander wütend sein können, verknüpft sich für das Kind des 20. Jahrhunderts Bösesein mit einer Strafe, die es als gut akzeptieren soll, welche Lehrer, Schüler und Eltern peinlich berührt.

Folgt man der psychohistorischen Argumentation von *Elias*, so ist dies kein Zufall, sondern Konsequenz des Zivilisationsprozesses, wo Erziehung zu „Langsicht“ und „Ansichhalten“ gesellschaftliche Vorteile verspricht. Er schreibt: „Je dichter das Interdependenzgeflecht wird, in das der Einzelne mit fortschreitender Funktionsteilung versponnen ist, je größer die Menschenräume sind, über die sich dieses Geflecht erstreckt, und die sich mit

dieser Verflechtung, sei es funktionell oder institutionell, zu einer Einheit zusammenschließen, desto mehr ist der Einzelne in seiner sozialen Existenz bedroht, der spontanen Wallungen und Leidenschaften nachgibt; desto mehr ist derjenige gesellschaftlich im Vorteil, der seine Affekte zu dämpfen vermag, und desto stärker wird jeder Einzelne auch von klein auf dazu gedrängt, die Wirkung seiner Handlungen oder die Wirkung der Handlungen von Anderen über eine ganze Reihe von Kettengliedern hinweg zu bedenken" (3, S. 322).

Nun haben wir es bei den suizidalen Jugendlichen damit zu tun, daß der einzelne in seiner Existenz bedroht ist, gerade weil er „spontanen Wallungen und Leidenschaften" nicht mehr nachgeben kann. Hat sich unsere Erziehung nicht gerade durch ein so einfaches, geradliniges Entwicklungsdenken in eine Sackgasse bewegt?

Spätestens mit der Energiekrise ist der Glaube an den zivilisatorischen Fortschritt durch Bildung immer größerer sozialer Interdependenzketten auf dem Weg gewaltiger ökonomischer Verflechtung erschüttert worden. Forderungen werden erhoben, daß kleinere Gruppierungen vermehrt ihren Autonomie- und Ermessensspielraum nutzen sollen. Damit sinkt der gesellschaftliche Wert der Unterordnung. Gleichzeitig läßt sich beim Einzelnen eine sinnvolle Grenze der steten Undurchlässigkeit für heftige Affekte feststellen.

Bei Kindern und Jugendlichen gelingt es zwar oberflächlich, Ruhe herzustellen, aber sie wird mit Sinnentleerung bezahlt, mit zahlreichen destruktiven Symptomen. Da werden die Sonderschüler nicht lebensstüchtiger, sondern dümmere, solange sie vorwiegend Sicherheit, Genauigkeit im Elementaren und Sauberkeit der Darstellung lernen. „Nicht vielerlei, aber das Notwendige vielmal" (5). Bei diesem monotonen Arbeiten sollen die Hilfschüler aber auch noch frohmütig gehorchen und Einsatzwillen zeigen. Die jüngeren Kinder der Normalschulen reagieren immer häufiger mit somatischen Krankheiten auf den Notendruck (17), der zwischen Schüler und Lehrer eine formale, quasi objektive Zahlengröße schiebt. Die älteren Schüler antworten auf den geringen Grad von Zugehörigkeit im perfektionierten Schulsystem mit Selbsterstörung, resignierter Apathie, Alkoholmißbrauch oder Brutalität (17). Selbst die, die es geschafft haben, die Schule mit Aufarbeiten von Fachwissen zu bewältigen und in ihr weiterleben wollen, die zukünftigen Lehrer, brauchen vielfach wegen ihrer neurotischen Leistungsstörungen an den Hochschulen Psychotherapie (21).

In den Therapien mit suizidalen Jugendlichen hat sich gezeigt, daß nur durch Zulassen eines vorübergehenden, empfindlichen Ambivalenzzustandes der nächste Schritt zur Individuation gemacht wird, ein emotionales Lebendigwerden möglich ist. Solche affektiv labilisierenden Knotenpunkte der Entwicklung, die äußerlich Rückschlägen in die Unselbständigkeit gleichen, sind wir noch am ehesten bereit, den Kleinkindern oder Psychothera-

piepatienten als „Regression im Dienst des Ich“ zuzugestehen, wenn auch da nur mit Mühe.

Die gefühlshafte Bedürftigkeit und Verwirrung der Jugendlichen während der Pubertätskrise wird zwar allenthalben als „Nebenprodukt“ der körperlichen Reifung verstanden, nicht aber als deren legitimer Anteil. Die Pubertätskrise ist in unserem Schulsystem nicht vorgesehen. Die Initiation, die in anderen Gesellschaften mitunter quälerisch den Eintritt ins Erwachsenenalter markiert, ist verkümmert zu einem eventuellen Wechsel der Schulstufe ohne Bezugnahme auf die physischen Vorgänge. So ist es nicht verwunderlich, daß viele Jugendliche das Ungeschehenmachen der Pubertätskrise übernehmen, im sozialen Kontakt quasi abschalten, was in ihnen vorgeht, bis sie verlernen, innere und äußere Welt in Beziehung zu setzen.

Noch viel weniger wird schließlich damit gerechnet, daß auch die Erwachsenen, also die Lehrer, solchen konfliktuösen Reifungskrisen ausgesetzt sind, die sie sich nicht anmerken lassen dürfen.

Mit Akzeptieren von Entwicklungskrisen ist nicht einfach Liebsein gemeint, ein auseinandersetzungloses „seid nett zueinander“. Emotionale Verfügbarkeit der Menschen füreinander setzt voraus, daß die Menschen, die einander brauchen, überhaupt genügend lange zusammenkommen. Dies mag banal klingen, ist uns aber gar nicht selbstverständlich. Die Schule vermittelt den Jugendlichen mit immer ausgeklügelteren Methoden Wissen. Die Wissensvermittlung ist an eine Vielzahl von Lehrpersonen delegiert. Die Klassenverbände lösen sich durch das erhöhte Angebot an Wahlfächern auf. Für die unterschiedlichen Fächer stehen verschiedenste Räumlichkeiten zur Verfügung. Dabei werden für den Einzelnen z.T. stündlich Gruppenzugehörigkeit und Örtlichkeit gewechselt, so als ob die Adaptation an einen stets neuen sozialen Kontext reibungslos mit organisatorischen Maßnahmen zu verkraften wäre. Der Zwang, den emotionalen Bezug rasch zu wechseln, erzeugt Streß. Die Anstrengung, die es kostet, den emotionalen Rückhalt ab- und wieder aufzubauen, darf aber nicht wahrgenommen werden, um innerhalb des Leistungssystems zu funktionieren.

Ein Ausweg aus diesem Dilemma ist es, überhaupt nicht mehr emotional mitzugehen, die Übergänge zwischen verschiedenen sozialen Anforderungen zu nivellieren. Ohne Rücksicht auf Einbußen an Spontaneität und Flexibilität findet hier unmerklich im Takt des Stundenplans sozialer Rückzug statt.

Diese affektive Ursache des Schulstreß mit der sozial distanzierenden Wirkung ist in der Regel gar nicht gemeint, wenn von Schulstreß die Rede ist, vielmehr geht es um die Leistungsanforderungen selber. Um der Leistung willen werden ja die emotionalen Schwierigkeiten zur Nebensache erklärt, ungeachtet dessen, daß sie ja gerade die Erlebnisfähigkeit und damit auch die Leistungsfähigkeit tangieren.

Wenden wir uns aber nun doch auch dem vielbeachteten Leistungsdruck zu.

Während die Jugendlichen in den letzten Jahrhunderten durch immer längere Ausbildungszeit, durch Hinauszögern der erwachsenen Handlungskompetenz, politisch machtloser geworden sind, lastet auf ihnen in verstärktem Maß der Konkurrenzkampf der sozialen Schichten.

Seit dem 19. Jahrhundert ist die Schule immer mehr zur ersten und entscheidenden Dirigierungsstelle für die zukünftige Sicherheit, für den zukünftigen sozialen Rang und das Ausmaß künftiger Konsummöglichkeiten geworden. Das umso mehr, je unabänderlicher die Zuweisung zu bestimmten Schultypen bestimmte Aufstiegsmöglichkeiten ausschließt. „Die stete Besorgnis von Vater und Mutter, ob ihr Kind den Verhaltensstandard der eigenen oder einer höheren Schicht erreichen, ob es das Prestige der Familie aufrechterhalten oder vergrößern, ob es sich an den Ausscheidungskämpfen der eigenen Schicht bewähren werde, Ängste dieser Art umspielen das Kind hier von klein auf, und zwar in den mittleren und allen aufsteigewilligen Schichten noch weit stärker als in den oberen“ (3, S. 449). Die Bildungsanstrengungen seit dem 2. Weltkrieg sind ein Versuch, diese Konkurrenzängste mit Hilfe der Schulleistungen zu binden, und gleichzeitig Ausdruck der Aufstiegshoffnungen breiter Schichten. Für die heutigen Jugendlichen konfrontieren sich diese Zukunftserwartungen ihrer Eltern mit einer ökonomischen Realität, wo diese Schulanstrengungen nicht in erwartetem Maß honoriert werden. Sie erfahren vielfach, daß ihre Aufstiegsmöglichkeiten begrenzt sind, daß sie im Berufsleben nicht unbedingt gebraucht werden. Auf viele Kinder und Jugendlichen kommen damit unweigerlich Enttäuschungen zu. Einmal, wenn sie merken, im Ausbildungsweg blockiert zu sein oder versagt zu haben. Zum zweiten, wenn sie im Berufsleben nicht den ihrer Qualifikation und Neigung entsprechenden Einstieg finden. Jedes Zurückstecken bringt nicht nur eine vorübergehende Kränkung mit sich, sondern wird zur Drohung, sozial abzustiegen. Ein Rückschlag bekommt damit zu Art und Ausmaß des Versagens meist unverhältnismäßige, überragende Bedeutung.

Diese Mißerfolgserlebnisse sind vor allem für solche Jugendlichen verhängnisvoll, die voll damit gerechnet haben, daß ihr Selbstwert durch gute Leistungen steigt. Die suizidalen Jugendlichen forcieren sich bei der Erfüllung von Testanforderungen, selbst wenn sie in Schule und Beruf schon völlig aufgegeben haben und als passiv und leistungsunfähig gelten. Hier versuchen sie verschämt, die Fassade zu wahren, wollen nicht anecken und vertuschen Fehler. Sie sind ganz von der Anerkennung der Umwelt, der sie sich unterwerfen, abhängig. Je mehr sie sich selbst aber so manipulieren lassen, desto wahrscheinlicher ist es, daß sie sich trotz ihrer Anstrengungen nicht durchsetzen, statt ermutigt, bei verheimlichten Schwierigkeiten ertappt und fertig gemacht werden. Sie haben dabei das Selektionsprinzip

derart verinnerlicht, daß sie es gar noch auf sich nehmen, sich selbst wegen ihrer mit dem Versagen assoziierten Häßlichkeit zu beseitigen.

Aufgrund der Beobachtungen in den Tests erscheint Suizid bei Jugendlichen also nicht als Freiheitsakt, als revolutionäre Tat, als letzte Bastion im Kampf mit der Absurdität des Lebens wie in den literarischen Beschreibungen etwa im Dada oder im Existentialismus, sondern als maximales Eintreten auf Konformitätserwartungen.

Jugendarbeitslosigkeit

Besonders gravierend wirkt sich diese Haltung beim Problem der Jugendarbeitslosigkeit aus.

Strukturelle Probleme auf dem Arbeitsmarkt treffen alle Berufsanfänger, gleichwohl ob es sich um un- oder angelernte Jungarbeiter, Lehrlinge, Schulabgänger weiterführender Schulen oder Hochschulabsolventen handelt. Selbst bereits zu Facharbeitern ausgebildete Jugendliche und Gesellen können nicht mit einer Anstellung rechnen. Dabei ist die Krise der letzten Rezessionsjahre lediglich eine Verschärfung des seit 20 Jahren zu beobachtenden Trends der Verknappung des Stellenangebotes für Berufsanfänger. So ist es z.B. in diesem Zeitraum in Westeuropa zu einer Halbierung des Lehrstellenangebotes gekommen. Dies bei gleichzeitig erhöhter Stellennachfrage durch die geburtenstarken Jahrgänge. Die Altersgruppe der unter 24jährigen ist am meisten von der Arbeitslosigkeit betroffen. Die Absicherungen der älteren Arbeitnehmer, die erfolgreich von den Gewerkschaften durchgesetzt worden sind und die Schutzbestimmungen für Jugendliche, die die Arbeitgeber an gewisse Verpflichtungen gegenüber den Auszubildenden binden, wirken sich im Konkurrenzkampf mit den Erwachsenen negativ aus. Ähnlich wie die Gastarbeiter und Frauen haben die Jugendlichen eine Pufferfunktion im laufenden wirtschaftlichen Umstrukturierungsprozeß (9).

Bei den Jugendlichen führt die erniedrigende Erfahrung, keinen sozialen Standort zu finden, zu Zweifeln am Sinn des Lebens, wie sie z.B. hier ein junger Arbeitsloser ausdrückt: „Man wurde in die Welt geworfen und bei der ersten Gelegenheit getötet. Von Verwandten, die nichts verstanden, Leuten beim Arbeitsamt, die einem nicht helfen konnten, Bekannten aus der Schule, die freiwillig zur Bundeswehr wollten. War ich verloren? Aber was heißt schon verloren? Hatte es in all den Jahrtausenden jemals jemanden gegeben, der nicht verloren war?“ (19).

Das Empfinden von Verlorenheit, das so genau der eigenen sozialen Lage entspricht, macht aber noch nicht suizidär, solange die Schuld an diesem Zustand noch den anderen Mitmenschen oder dem gesellschaftlichen System angelastet werden kann. Suizidale Jugendliche verbinden viel-

mehr das Empfinden des Ausgestoßenseins mit dem dumpfen Gefühl, daß etwas mit ihnen selbst nicht stimmt, daß, wenn niemand sie will, sie selbst nichts wert sind und sie sich deshalb auch selbst nicht mögen können.

Die gefährliche Mischung aus enttäuschter Zukunftshoffnung und Selbstbeschuldigungstendenz trifft die Jugendlichen aber nicht in allen sozialen Schichten gleich, und sie hat für Jungen und Mädchen unterschiedliche Formen.

Bei einer eingehenden Befragung nach der Selbsteinschätzung von arbeitslosen Abgängern der Hauptschulen in der Bundesrepublik Deutschland kamen *Burger* und *Seidenspinner* (2) zu folgenden Ergebnissen:

Bei den Jugendlichen war die Motivation zu weiterer Ausbildung vorhanden. 80–90% hatten ursprünglich eine Lehre angestrebt. Während der Suche nach einer geeigneten Lehrstelle mußten aber Zweidrittel dieser Jugendlichen auf ihre Berufswünsche verzichten. Während der Suche nach einer geeigneten Lehrstelle traten die eigenen Berufsziele immer mehr in den Hintergrund, und am Schluß waren die meisten erleichtert, überhaupt einen Arbeitsplatz gefunden zu haben. Da ist es nicht verwunderlich, daß viele nach kurzer Zeit im Beruf, der ihnen nicht entspricht, die Lehre abbrechen oder gekündigt werden.

Die befragten Jungarbeiter lassen noch so etwas wie Empörung gegenüber den Herrschenden im nahegelegenen Konzern aufkommen. Das Leben ohne Arbeit ist für sie langweilig und monoton. Sie sind isoliert, weil sie zu wenig Geld haben, um sich mit den arbeitenden Jugendlichen bei der Erfüllung von Konsumwünschen zusammenzutun. Arbeitslosigkeit haben aber schon die Älteren durchlebt, so daß die Jungen deshalb nicht allzu sehr stigmatisiert sind. Was solche arbeitslosen Jugendlichen selbst am meisten kritisieren, ist die unzureichende Informationspolitik. Sie beanstanden, daß in ihnen Hoffnungen geweckt werden, die nicht einlösbar sind. Die Jugendlichen fühlen sich zurecht von Arbeitsämtern betrogen, wenn sie schließlich an Förderungsmaßnahmen teilnehmen, bei denen sie nichts lernen, sondern sogenannte „von der Straße weggeholt werden“. Sie fühlen sich mit Recht hintergangen, wenn ihr Einsatz in den Förderungslehrgängen mangels Arbeitsplätzen gar nicht honoriert werden kann. Darum ist es auch fragwürdig, wenn die Polizei nach mehr Sozialarbeitern verlangt (11), weil sie kräftemäßig durch die arbeitslosen Jugendlichen überfordert ist, solange die Sozialarbeiter gar nichts anzubieten haben. Anders reagieren die Kinder von Kleinbürgern. Besonders in den ländlichen Bereichen übernehmen sie entweder die Argumentation der mittelständischen Arbeiter, daß die Jugendschutzgesetze an der Misere auf dem Arbeitsmarkt schuld sind, oder sie bezeichnen sich selbst als die Schuldigen. Sie glauben den Klischeevorstellungen, daß Arbeitslose nichts taugen, weil sie faul sind. Sie setzen schon mit 16 Jahren mehr auf Sicherheit als auf berufliches und persönliches Risiko und reagieren auf die Einbuße an Stabilität in Krisenzeiten mit depressivem Rückzug.

Die Jungen hoffen, die einmal verpaßten Möglichkeiten durch Glück und Aufstieg im Militär nachholen zu können. Die Werbung für die Truppe geht genau auf solche Wunschträume ein, wo Militär mit der Illusion des Abenteuerspielplatzes verknüpft wird. So versorgt etwa die Bundeswehr „Fan-Clubs“ mit einer „Inpost“, wo es „ganze Kerle“ gibt, die die Karriere „im Visier“ haben, wenn sie von „Leo“, dem so verniedlichten Leopardpanzer, sprechen (7). Wenig verwunderlich, daß sich diese Hoffnungen nach Eintritt in die Bundeswehr nicht halten lassen und die Bundeswehr mit einer steigenden Zahl von Suizidversuchen konfrontiert ist, 1.000 suizidäre Soldaten 1977 (18). Ursache ist nach Ansicht der Militärseelsorger weder der Umgang mit der Waffe noch der rauhe Kasernenton, sondern die Angst, nach der Dienstzeit ohne Arbeit und menschliche Beziehungen zum Heimatort zurückzukommen. Dem ist hinzuzufügen, daß die vom Militär selbst indirekt genährten Hoffnungen auf eine grundlegende Verbesserung der sozialen Chancen durch Karriere im Militärdienst zerstört sind.

Nachdem die Mädchen in der Regel länger arbeitslos bleiben als die Jungen, 12 statt 7,9 Monate, und oft trotz guter Noten überhaupt keinen Arbeitsplatz finden können (2), zentrieren sie ihre Zukunftserwartungen auf das Finden eines erfolgversprechenden Mannes. Da die Familien immer weniger die Partnerwahl arrangieren, wird für sie die Bestätigung in Liebesdingen zentral.

So ist es nicht verwunderlich, wenn als Motiv zu Selbstmordhandlungen bei Jungen Mißerfolge im beruflichen Werdegang im Vordergrund stehen und bei den Mädchen Verluste eines männlichen Partners. Die Liebesprobleme der Mädchen werden, vielfach zu Unrecht, hysterischem Demonstrationsbedürfnis zugeschrieben, verliebter Vernebelung des Geistes u.ä., und kaum in ihrem Leistungsaspekt bzw. Leistungsversagen gesehen.

Voreheliches Sexualverhalten

Gerade bei den Mädchen läßt sich gut beobachten, wie der Druck der Arbeitswelt sich bis auf die Intimsphäre, bis auf ihr Sexualverhalten auswirkt. Für die Mädchen zwischen 15 und 19 Jahren kommt es anders als noch in jüngster Vergangenheit bei der aktiven Partnersuche nicht mehr darauf an, daß ihre Jungfräulichkeit geschützt ist, sondern daß sie voreheliche sexuelle Erfahrungen machen und sich um die Empfängnisverhütung kümmern. Nun wäre es aber zu einfach, die einschneidenden Veränderungen im vorehelichen sexuellen Umgang der Jugendlichen miteinander nur durch den Leistungszwang der Mädchen erklären zu wollen. Die Enttabuisierung der vorehelichen Sexualpraxis bedeutet für die Jugendlichen nicht nur Druck, sie ist vor allem eine Befreiung.

Nach Erhebung von *Kinsey* et al. (8) hatten anfangs der fünfziger Jahre 90% der Männer, aber nur 50% der Frauen vorehelichen Geschlechtsverkehr, während heute hinsichtlich der Häufigkeit vorehelicher Geschlechterfahrung kein wesentlicher Unterschied zwischen Männern und Frauen zu verzeichnen ist (16). Diese wesentlichen Verhaltensänderungen der Frauen stellten sich fast sprunghaft mit Verbreitung der Pille in den sechziger Jahren ein (20). In ihrer historischen Betrachtung weist *Gordon* (4) darauf hin, daß Fortschritte der Antikonzeption nicht zufällig sind, sondern stets auch Antwort auf soziale Unruhen waren. Fortschritte im Sexualbereich gehen damit nicht einfach auf die technisch begünstigte Zugänglichkeit sexuellen Erlebens zurück, sondern sind Kompensation für die Verschlechterung der ökonomischen Chancen. Die Jugendlichen werden mit größerer Kompetenz im Sexualleben für ihre politische Machtlosigkeit entschädigt.

Wie sehr sich die Rollenerwartungen an die Mädchen und Jungen inzwischen gleichen, wie sich die voreheliche Sexualpraxis kontinuierlich für beide Geschlechter gleichmäßig entwickelt, verdeutlicht die folgende Verlaufsanalyse von *Sigusch* und *Schmidt* (16):

- Mit 13 hatte die Hälfte der Jungen und Mädchen eine Verabredung erlebt.
- Mit 14 hatten sich die meisten Jugendlichen schon einmal geküßt.
- Mit 15 waren die meisten Jugendlichen schon einmal verliebt, wobei die Hälfte aller Jugendlichen schon eine feste Bindung eingegangen war. Die meisten Jugendlichen zeigten sich mit dem „petting“ der Brüste vertraut.
- Mit 16 hatte die Hälfte der Jugendlichen „petting“ der Genitalien ausprobiert, ein Drittel aller Jugendlichen hatte schon mit dem Geschlechtsverkehr begonnen.
- Mit 17 hatte die Hälfte aller Jugendlichen Geschlechtsverkehr.

Über die qualitativen Folgen der Annäherung der weiblichen an die männlichen Verhaltensschemata im vorehelichen Sexualverkehr ist noch kaum etwas bekannt, weder im Hinblick auf die psychische Verfassung der einzelnen Jugendlichen noch auf die Familienbildung (1).

Aus dem Dialog zwischen den Freundinnen Dagmar und Tina mit Didi, Dagmars Freund, und der Interviewerin Gudrun läßt sich ermes sen, wie selbstverständlich und unsicher zugleich die Jugendlichen mit ihrer neuen sexuellen Freiheit umgehen (12, S. 84–85).

Tina: Hast du denn schon mal mit'm Mädchen geschlafen?

Didi: Nee.

Tina: Dagmar du schon mal?

Dagmar: Nee.

Tina: Wollt ihr denn zusammen schlafen?

Didi: Na ja, das is so'ne Scheiße. Dauernd petting. Irgendwann will man mal mehr, aber ich hab irgendwie Schiß davor.

Tina: Mensch, ihr seid erst 13. Ich hab auch noch nich mit'm Jungen geschlafen. Und ich bin fast 16. Ich habe auch unheimliche Angst, deshalb will ich auch warten, bis ich einen Jungen kennenlerne, den ich wirklich liebe. Denn den ersten vergißt du nicht.

Didi: Das stimmt. Ich glaub das auch.

Interviewerin: Wieso seid ihr da so sicher?

Tina: Das weiß ich einfach. Wann hast denn du das erste Mal mit einem Mann geschlafen?

Interviewerin: Mit 18 1/2.

Tina: Und wie war das?

Interviewerin: Es war alles so verkrampft, weil ich Angst hatte vorm Kind. Und außerdem nicht aufgeklärt war.

Tina: Meine Mutter hat mich auch nicht aufgeklärt.

Didi: Meine Eltern auch nich, die denken, so was mach ich noch nicht.

Dagmar: Meine Mutter hat mich aufgeklärt.

Tina: Wenn's bei mir mal so weit ist, red ich erst mal mit meiner Mutter drüber. Schon wegen der Verhütung, und Gudrun, meinst du, mit meiner Mutter kann man darüber reden?

Interviewerin: Ich glaub schon.

Tina: Didi, würdest du in die Apotheke gehen und dir Kondome kaufen?

Didi: Nee, ich nich.

Tina: Du bist gut! Schlafen ja, aber verhüten, dazu bist du zu feige. Ja, zu feige find ich das. Da muß dann das Mädchen dran denken.

Dagmar: Wieso, das find ich normal.

Interviewerin: Und woran hast du da gedacht?

Dagmar: Die Pille.

Interviewerin: Und weißt du, wie die wirkt?

Dagmar: Die nimmt man jeden Tag, und dann kriegt man kein Kind.

Tina: Ich finde, ihr seid noch zu jung zum Schlafen.

Dagmar: Wieso?

Es ist keineswegs so, als hätten die Jugendlichen alle Hemmungen über Bord geworfen und wollten einfach rumschlafen. Sie möchten anständig sein, sich vor allem an einen liebenswerten Partner binden (siehe auch 10). Hier sind sie noch ganz an die traditionellen Werte gebunden, die den Mädchen und Jungen sexuelle Zurückhaltung auferlegen. Ihre Befürchtungen um den ersten Beischlaf wiegen aber weniger schwer als der Anspruch, möglichst früh Sexualität voll erfahren zu sollen. Hier im Dialog ist die Angst noch offen ausgesprochen. Sie wird aber nicht als Angst vor der körperlichen, unbekannten Begegnung deklariert, sondern mit der wahrscheinlich schmerzhaften seelischen Abhängigkeit vom ersten Liebespartner begründet. In der therapeutischen Praxis zeigt sich, daß die Unsicherheit vor dem ungewohnten Körperkontakt mit dem anders geschlechtlichen Partner oft nicht einmal mehr gezeigt werden darf, weil man sich aufgeklärt geben muß. Sexualverhalten und Sexualängste werden voneinander dissoziiert.

Daß mit der Veränderung des sexuellen Verhaltens die sexuellen Skrupel noch nicht ausgeräumt sind, erweist sich noch eindrücklicher bei der

Autoerotik. Bei Umfragen zum Masturbationsverhalten weigern sich viele Befragte, überhaupt zu antworten, beschimpfen die Interviewer als große Schweine. Zwei von drei amerikanischen Collegestudenten lassen sich leichter über ihren Geschlechtsverkehr ausfragen als übers Onanieren (10). Sie behaupten, das läge daran, daß Koitus einfacher sei. Nur bei den Gebildeten unter 30 Jahren war eine Mehrheit dafür, masturbierende Kinder zu ignorieren resp. Masturbation mit den Kindern zu diskutieren, ohne Zwang aufs Unterdrücken des Masturbierens auszuüben.

Noch immer wird die Autoerotik als sündhaft oder ungesund angesehen.

Mit der geschlechtlichen Reife muß der Bezug zum veränderten eigenen Körper neu gefunden werden. Dies wird durch autoerotische, sexuelle Stimulation erreicht. Für die Jungen ist die wesentliche autoerotische Erfahrung das Masturbieren. Informiert werden sie darüber vor allem durch die Gleichaltrigen. Nach der ersten Ejakulation beginnen sie mit 13–14 Jahren meist allein oder häufiger als in späteren Lebensphasen zu onanieren. Die Masturbationserlebnisse sind von heftigen Phantasien begleitet. Erst danach wird partnerschaftliche Sexualität ausprobiert. Schlüsselerlebnis für die Mädchen ist mit durchschnittlich 12,9 Jahren das Eintreten der Menarche. Die Menstruation signalisiert ihre frauliche Reife, wird im engsten Kreis bekannt, aber vor der Umwelt versteckt. Das wiederholte Bluten, die Periodenschmerzen erregen die Phantasien der Mädchen. In der Regel warten die Mädchen dann noch einige Jahre, bis sie mit 20–21 Jahren aktiv zu masturbieren anfangen. Über die Hälfte der Mädchen entdeckt das Onanieren erst, wenn ein Orgasmus im Partnerkontakt stimuliert worden ist (10, 15).

Für die schuldhafte Verarbeitung der autoerotischen Erfahrungen zählt nicht so sehr, wann und wie die sexuelle Stimulation erfolgt, sondern die Art der begleitenden Phantasien.

In den Therapien mit den suizidalen Jugendlichen zeigt sich, daß ihre autoerotischen Wahrnehmungen mit der Vorstellung gekoppelt sind, verletzte oder verletzende Genitalien zu haben. Dieser als irreparabler Schaden erlebte Verlust sexueller Potenz fordert die Vernichtung des ganzen Körpers, also den Suizid heraus.

Den historisch tradierten, irrationalen Ängsten vor der Lust am eigenen Körper ist mit Aufklärung schwer beizukommen, weil die Masturbations-thematik verharmlosend abgewehrt wird, indem sie nicht als diskussionswürdig gilt. Selbst in der Psychoanalyse ist das Onanieproblem als Relikt aus *Freuds* Zeiten noch gegenwärtig, aber vermag so recht niemanden mehr zu interessieren. Auch feministischer Masturbationsunterricht und sexuell befreiende Gruppen kommen den hartnäckigen Versündigungsvorstellungen nicht ohne weiteres bei.

Sennett (14) weist darauf hin, daß die Forderungen nach Authentizität der Selbstenthüllungen in solchen Veranstaltungen der puritanischen Forderung nach Selbstoffenbarung und Selbstbekehrung entsprechen. Damit ändert sich die Form des Schuldbekenntnisses, aber nicht die Tatsache des sich Schuldigbekenennenmüssens.

Die Triebproblematik der suizidalen Jugendlichen hat sich im Verlauf dieser Arbeit von der Sexualität her aufzeigen lassen. Der Zusammenhang von Suizidalität und Masturbationsphantasien war dabei für mich ein unerwartetes Ergebnis, ein Zusammenhang, der mir zu Beginn der Arbeit gar nicht eingeleuchtet hätte.

Aggressionsproblematik

Die wichtigste Frage jedoch, die nach der Aggression resp. Aggressionsumkehr, ist unklar geblieben. Die vielfach postulierten mörderischen Impulse, die gegen das Selbst gerichtet werden, ließen sich im Erleben der suizidalen Jugendlichen nicht fassen. Dies dürfte nicht nur am methodischen Vorgehen dieser Arbeit liegen. Vielmehr hängt es damit zusammen, daß die suizidalen Jugendlichen die destruktiven Kräfte von außen wie von innen als objektlos, neutral, vakuumartig, naturhaft empfinden, wie es sich am prägnantesten in den Rorschachphantasien spiegelt. Die suizidalen Jugendlichen vermögen Brutalität nicht direkt wahrzunehmen, obwohl sie sich ständig mit zerstörerischen Gedanken beschäftigen, etwa in der Form, daß ihre Eltern (13) oder die gesellschaftlichen Umstände ihren Tod verlangen. Solche Paradoxie ist aber nicht allein Auswuchs ihrer spezifischen psychischen Konstellation. Die Skotomisierung der Gewalt betrifft, wenn auch in geringerem Ausmaß, alle in unserer Gesellschaft. Anzeichen dafür ist, daß die Bewunderung der arbeitslosen männlichen Jugendlichen fürs Militär ohne weiteres als Sicherheitswunsch interpretiert wird und kaum als legale, aggressive Bewältigung ihrer Frustration. Ein weiteres Beispiel ist, daß der Reiz am Sexvergnügen mit Naziutensilien, diskret in der Schweiz unter „n.s.“ angeboten, mit der Verführungskraft des Verbotenen in Zusammenhang gebracht wird und nicht mit der eigenen Lust am Töten. Die Doppelbödigkeit im Umgang mit der Aggressivität macht es schwer, sie zu kontrollieren. Das gilt für die suizidalen Jugendlichen, die ohne wirklich zu wissen, daß sie es selbst sind, Hand an sich legen, in ihrer Handlung ja tatsächlich Aggression mörderisch gegen sich wenden. Dies gilt aber auch für die Nichtsuizidalen, die ihr Aggressionsbedürfnis nur noch als leises Unbehagen, etwa während der Tagesschau, spüren. Das dumpfe Empfinden der Anonymität der Aggression macht uns vor, unbeteiligt zu sein. Je tiefer diese Verdrängung reicht, um so verwendbarer sind wir, um für autoritäre, undemokratische, selbst faschistische Machtansprüche zu handeln.

Dafür möge diese Untersuchung über die suizidalen Jugendlichen sensibilisieren.

Literatur

- (1) Bericht über die Lage der Familie in der Schweiz. Bundesamt für Sozialversicherung, Bern 1978. Einleitung, J.D. von Werdt: Zur Lage der Familie in der heutigen Gesellschaft.
- (2) Burger, A., G. Seidenspinner: Jugend unter dem Druck der Arbeitslosigkeit. Juventa, DJI aktuell, 1977
- (3) Elias, N.: (1936) Über den Prozeß der Zivilisation, soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen. Suhrkamp Taschenbuch, Frankfurt 1977
- (4) Gordon, L.: Woman's Body, Woman's Right, a Social History of Birth Control in America. Penguin Books, New York 1977
- (5) Jegge, J.: Dummheit ist lernbar, Erfahrungen mit Schulversagern. Zytglogge, Bern 1976 (Zitat ohne Quellenangabe übernommen)
- (6) Jegge, J.: Dummheit ist lernbar, Erfahrungen mit Schulversagern. Zytglogge, Bern 1976 (von Jegge zitiert aus: Die Strafe im Alltag der Volksschule, 1967)
- (7) Kessler, H.G.: Ruhe bewahren und Befehl abwarten, zu Gast bei 3 Fan-Clubs der Bundeswehr. In: Kursbuch 54, Jugend. Rotbuch Verlag, Dezember 1978
- (8) Kinsey, A.C., W.B. Pomeroy, C.E. Martin, P.H. Gebhard: (1953) Sexual Behavior in the Human Female. Pocket Books, New York 1965
- (9) Laturner, S., B. Schoen (Hrsg.): Jugendarbeitslosigkeit. rororo aktuell, 1975
- (10) Luria, Z., M.D. Rose: Psychology of Human Sexuality. J. Wiley & Sons Inc., New York 1979
- (11) Pressemitteilung des Bundeskriminalamts, Wiesbaden, Jan. 1975
- (12) Reinke, G.: Tina und Dagmar, Ich möchte ein anständiges Mädchen sein. Kursbuch 54, Jugend. Rotbuch Verlag, Dezember 1978
- (13) Rosenkrantz, A.L.: A Note on Adolescent Suicide, Incidence, Dynamics and some Suggestions for Treatment. Adolescence, Vol. XIII, 50, Summer 1978
- (14) Sennett, R.: The Fall of Public Man, on the Social Psychology of Capitalism. Vintage Books, Random House, New York 1974
- (15) Sigusch, V., G. Schmidt: Lower Class Sexuality, some Emotional and Social Aspects in West German Males and Females. Arch. Sex. Beh. 71, 1, 29–142
- (16) Sigusch, V., G. Schmidt: Teenage Boys and Girls in West Germany. J. Sex Res. 9 (1973) 107–123
- (17) Der Spiegel: Leitartikel Schulangst, 23 (1976) 38 f.
- (18) Der Spiegel: 46 (1978) 19
- (19) Tobinski, H.: Zimmer 24: Oder mit der Zeit vergeht das. Kursbuch 54, Jugend. Rotbuch Verlag, Dezember 1978
- (20) Udry, J.R., K.E. Baumann, N.M. Morris: Changes in Premarital Coital Experience of Recent Decade-of-birth Cohorts of Urban American Women. J. of Marriage and the Family 37 (1975) 783–787
- (21) Woellerer, F.: Psychische Störungen bei Studenten und ihre sozialen Ursachen. Beltz, Weinheim/Basel 1978

Register

- Abschiedsbriefe 72 ff., 103 f.,
 siehe auch Inhaltsanalyse von A.
 Adaptionsschwäche 23, 38
 Aggression 51, 57, 63, 90, 98 ff., 111,
 153
 akzessorische Phänomene 94, 96, 100
 Alkoholismus 38, 43, 102
 Allmachtsphantasien 4, 22, 40
 Als-Ob-Persönlichkeit 123
 Anomiehypothese 14, 38

 Body-Image 106

 California F-Scale 36

 Denken, dichotomisches 38 ff., 65, 68
 – , rigides 36 ff., 40, 86,
 siehe auch Rigidität
 Depression 26, 42, 47, 54, 60, 91, 93,
 106, 118, 121, 131 f., 136, 148
 Differentialdiagnose 31, 36, 38, 53
 Discomfort-Relief Quotient (DRQ) 66

 Elternverlust 23
 Embedded Figures Test 75
 Ethnopschoanalyse 15

 Fassadenschriften 105, 107
 Fehler, Fehlerquellen 10, 18 f., 27 f.,
 85, 125
 Feldabhängigkeit 37 f., 40, 60
 Forschungskritik 18
 Freiburger Persönlichkeitsinventar 47,
 79

 Gastarbeiter 10, 147
 Gegenübertragung 4, 81, 83, 116, 130
 Gegenwartsorientierung 101, 103
 Gestaltpsychologie 37
 Gießen-Test 79
 Glaubensvorstellungen, religiöse 14
 Graphologie 71 ff., 79 ff., 104 ff.
 Größenphantasien 23, 89

 HAWIE (Hamburg-Wechsler-Intelligenz-
 test für Erwachsene) 33 f., 38, 79,
 83, 85 ff., siehe auch WAIS

 Inhaltsanalyse 51, 64 ff., 73 f., 104
 Integrationshypothese 13
 Intelligenzleistung 26, 33 ff., 83 f.
 Isolierung 106 ff., 111

 kathartischer Effekt 21
 Konsensrorschach 55
 Konstrukt-Validierung („construct
 validity“) 29 f., 32

 Langzeituntersuchungen 19, 70, 73, 76

 Masturbation 125 f., 129, 152
 Militär 117, 149, 153
 MMPI (Minnesota Multiphasic Personality
 Inventory) 30, 42 ff., 79, 83 f., 89 ff.
 Morbidität, morbide Phantasien 98 ff.,
 111

 Narzißmustheorie 24
 narzißtische Kränkung 87 f.
 – Krise 29, 116, 118
 – Objektbeziehung 23
 – Persönlichkeit 123
 „negative“ Identität 23 f.

 Objekte, gute 23
 „Objektverlust“ 116 ff., 123
 Ohnmachtsphantasien 40
 Omnipotenz-, Omnipräsenzgefühle 66
 ORT (Object Relations Technique) 30,
 62

 Perceptual Span Test 37
 Profilanalyse 43, 45
 „Psychological Autopsy“ 19

 Raven Standard Progressive Matrices 79,
 85
 Reliabilität 26
 Rezessionsjahre 8
 Rigidität 51, 74, 89, 110, siehe auch
 Denken, rigides
 Rod and Frame Test 37 f.
 Rokeach MRPT (Map Reading Problem
 Test) 36 f., 75
 Rorschachtest 30, 42, 49 ff., 75, 79,
 81 ff., 91 ff., 153

Schriftpsychologie, siehe Graphologie
 Selbstverlust 118 f.
 Semantisches Differential 39
 sexuelle Identität 97, 110 f., 125 f.,
 151 ff.
 Stereotypie 51, 67, 70, 108
 Streß 38
 Symbiose 97, 99, 121, 123, 128 f.,
 133, 138
 Symptomwahl 22
 Szondi-Test 26

 TAT (Thematic Apperception
 Technique) 49, 62 f., 70
 Testkonstruktion 26
 therapeutische Gemeinschaft 1
 Time Opinion Survey 40
 Trauerarbeit 118, 139

Unrichtsatz 79, 83, 100, 104
 Unusual Uses Test 37

Verlaufsanalyse 50 f.
 Verleugnung 96 f., 100
 Versager 94 f., 99, 105
 Vorhersage-Validität (Predictive Validity)
 30

WAIS (Wechsler-Adult-Intelligence-Scale)
 33 ff., siehe auch HAWIE

Weglaufen 130 ff.
 Weltwirtschaftskrise 8
 Word Association Test 37

Zeitwahrnehmung 40
 Zweierbeziehung 113

Lebenslauf

Ich wurde am 14. Juni 1947 als Tochter von *Marian Aurbach* und *Rywka Aurbach*, geb. *Leszczyna*, in München geboren. Von 1954 bis 1966 besuchte ich die Schule in Düsseldorf, 1. bis 4. Klasse Volksschule und 5. bis 13. Klasse neusprachliches Mädchengymnasium mit Abitur an der Städtischen Luisenschule II.

Im Winter 1966/67 kam ich aus der Bundesrepublik Deutschland in die Schweiz und begann mit dem Psychologiestudium an der Universität Zürich.

Am 22. August 1968 heiratete ich *Robert Marcel Lewinsky*, Bürger von Zürich und Unterengstringen Zürich.

Von 1968 bis 1972 besuchte ich neben der Universität das Graphologische Seminar Zürich. 1972 bestand ich die Diplomprüfung der Schweizerischen Graphologischen Gesellschaft.

In den Jahren 1970 bis 1973 arbeitete ich als klinische Psychologin in der Psychiatrischen Klinik „Schlössli“, Oetwil am See, mit den Aufgabebereichen Psychodiagnostik, Einzel- und Gruppentherapie, sowie Weiterbildung des Lernpersonals.

1972 begann ich meine Ausbildung in Freudscher Psychoanalyse am Psychoanalytischen Seminar Zürich.

Am 20. Oktober 1974 wurde mein Sohn *David Alexander* geboren.

Seit 1974 arbeite ich als selbständige Psychologin in Zürich.

1978 bestand ich die Lizentiatsprüfung der Philosophischen Fakultät I der Universität Zürich, mit dem Hauptfach anthropologische und klinische Psychologie und den Nebenfächern Psychopathologie und Sozialpsychologie.

Suizid und Euthanasie

als human- und sozialwissenschaftliches Problem.

Hrsg. von A. ESER.

1976. VIII, 432 S., 5 Abb.,

15,5 x 23 cm,

kart. DM 45,-

ISBN 3 432 88681 0

(Medizin und Recht, Band 1)

Der sensible Mensch.

Psychologie, Psychopathologie, Therapie.

Von W. KLAGES.

1978. VIII, 184 S.,

»flexibles Taschenbuch«

DM 16,80. ISBN 3 432 89871 1

Heilbehandlung und Heilversuch.

Zur strafrechtlichen Problematik von Neulandoperationen und experimentellen Heilmethoden.

Von H.-G. GRAHLMANN.

1977. X, 112 S.,

15,5 x 23 cm, kart.

DM 28,-. ISBN 3 432 88781 7

(Medizin und Recht, Band 2)

Allgemeine Psychopathologie.

Von J. GLATZEL.

1978. X, 266 S., (460 g),

15,5 x 23 cm, kart. DM 39,-.

ISBN 3 432 90071 6

(Klinische Psychologie und Psychopathologie, Band 5)

**Schutz des Lebens -
Recht auf Sterben**

Zur strafrechtlichen Problematik der Euthanasie.

Von J. MÖLLERING

1977. VIII, 148 S.,

15,5 x 23 cm, kart. DM 29,70.

ISBN 3 432 88811 2

(Medizin und Recht, Band 3)

Der Suizidversuch.

Versuch einer Situationsanalyse.

Von K.-J. LINDEN.

1969. VIII, 92 S., 10 Abb.,

27 Einzelstab., (150 g),

14 x 22 cm, kart. DM 21,-

ISBN 3 432 83621 X

(Forum der Psychiatrie, Nr. 25)

Ferdinand Enke Verlag Stuttgart

In diesem Buch werden psychologische Möglichkeiten ausgelotet und hinterfragt, mit denen Selbstmordverhalten von jungen Menschen erfaßt und erklärt wird. Eine solche Arbeit, die sich dem Phänomen des Freitods nähert, steht von vorneherein in einem inneren, permanenten Widerspruch zwischen dem Forschungsanspruch, Selbstdestruktivität als verstehbares menschliches Verhalten zu beschreiben und dem Ausbrechen aus eben dieser Lebenslogik, die der Einzelne mit dem Freitod wählt. Im Spannungsfeld zwischen der Fülle der diagnostischen, therapeutischen und sozialpsychologischen Daten und der Betroffenheit der Autorin wird sichtbar, daß Jugendlichenselbstmord weit mehr im Dienst gesellschaftlicher Anpassung geschieht als dies bisher vermutet wurde.